



Revista de PATOLOGÍA RESPIRATORIA

Vol. 28 · Supl. 1 · 2025

ISSN: 1576-9895
e-ISSN: 2173-920X

www.revistadepatologiarrespiratoria.org

Indexada en / *Indexed in*: IME, IBECs, Scopus y Bibliovigilance

XXX CONGRESO NEUMOMADRID

2-4 ABRIL 2025

Órgano oficial de:



PERMANER
www.permayer.com



Revista de PATOLOGÍA RESPIRATORIA



ISSN: 1576-9895
e-ISSN: 2173-920X

Indexada en / Indexed in:
IME, IBECS, Scopus y
Bibliovigilance

Vol. 28 • Supl. 1 • 2025

www.revistadepatologiarespiratoria.org

COMITÉ EDITORIAL

Junta Directiva de Neumomadrid

Presidente

Francisco Javier García Pérez

Vicepresidente Neumólogo

Felipe Villar Álvarez

Vicepresidente Cirujano Torácico

José Luis García Fernández

Secretaría

María Celeste Marcos

Tesorería

Cristina López Riobobos

Vocal Congresos

M^a Belén López Muñiz Ballesteros

Vocal Comité Científico

María Soledad Alonso Viteri

Vocal Grupos De Trabajo

Tamara Alonso Pérez

Vocal Pediatría

Francisca Romero Andujar

Vocal M.I.R.

Laura Núñez García

Expresidenta En Ejercicio

M^a Jesús Rodríguez Nieto

Comité Editorial

Editor Jefe

Raúl Moreno Zabaleta

Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, España

Editores Asociados

Elena García Castillo

Hospital Universitario de la Princesa en Madrid, Madrid, España

Daniel López Padilla

Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, España

Laura García Torres

Hospital Central de la Defensa, Madrid, España

Paola Benedetti

Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, Madrid, España

Mariara Calderón Alcalá

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

Layla Diab Cáceres

Hospital Universitario 12 de Octubre en Madrid, Madrid, España

Pilar Resano Barrio

Hospital General Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

Leonardo Saldaña Pérez

Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España

Esther Zamarrón De Lucas

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Comité Asesor

José Luis Álvarez-Sala Walther

Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Madrid, España

Rodolfo Álvarez-Sala Walther

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Julio Ancochea Bermúdez

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

Aurelio Arnedillo Muñoz

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

Javier Aspa Marco

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

Esther Barreiro Portela

Hospital del Mar-IMIM, Parque de Salud Mar, Barcelona, España

Francisco García Río

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Raúl Godoy Mayoral

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

José Luis Izquierdo Alonso

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

Germán Peces-Barba Romero

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

Luis Puente Maestú

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Yat Wah Pun Tam

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

María Ángels Ruiz Cobos

Hospital Universitario del Henares, Coslada, España

Andrés Varela de Ugarte

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

Carlos Villasante Fernández Montés

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Victoria Villena Garrido

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

Aurelio Wangüemert Pérez

Hospital San Juan de Dios, Tenerife, España

Consejo Editorial Internacional

Peter J. Barnes

Hospital Royal Brompton, Londres, Reino Unido

Jean Deslauriers

Hospital Laval, Sainte-Foy, Quebec, Canadá

Karl Fagerström

Smokers Information Center, Helsingborg, Suecia

Stephen Holgate

Universidad de Manchester, Southhampton, Reino Unido

Manel Jordana

Instituto de Investigación de Inmunología, Universidad de McMaster, Hamilton, Canadá

David S. Wilson

Hospital Columbus, Indiana, EE. UU.

Roger Yusen

Hospital Barnes-Jewish, St Louis, EE. UU.

Antonio Anzueto

South Texan Veterans Health Care System, San Antonio, Texas, EE. UU.

Paolo Navalesi

Universidad de Padova, Padova, Italia

Joao Carlos Winck

Universidad de Oporto, Oporto, Portugal

Harikishan Gongunutta

Yashoda Hospital, Secunderabad, India

David Gozal

MU Women's and Children's Hospital, Columbia, EE. UU.

Guillermo Montes

Hospital Angeles de Morelia y Corporativo NeumoZone, Michoacán, México

Gustavo Enrique Zabert

ALAT, Neuquén, Argentina

Jesús González Bermejo

Grupo Hospitalario Pitié-Salpêtrière Charles Foix, Universidad de la Sorbona, París, Francia

Secretaría Técnica de Neumomadrid

Sonsoles Hernández Ayuso

Madrid, España

Los trabajos originales deberán ser depositados en su versión electrónica en el siguiente URL:

<https://publisher.RPR.permanyer.com>



Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios y/o hallazgos propios y conclusiones de los autores, quienes son responsables de las afirmaciones. En esta publicación podrían citarse pautas posológicas distintas a las aprobadas en la Información Para Prescribir (IPP) correspondiente. Algunas de las referencias que, en su caso, se realicen sobre el uso y/o dispensación de los productos farmacéuticos pueden no ser acordes en su totalidad con las aprobadas por las Autoridades Sanitarias competentes, por lo que aconsejamos su consulta. El editor, el patrocinador y el distribuidor de la obra, recomiendan siempre la utilización de los productos de acuerdo con la IPP aprobada por las Autoridades Sanitarias.



Permanyer
Mallorca, 310 – Barcelona (Cataluña), España
permayer@permayer.com



www.permanyer.com

ISSN: 1576-9895
e-ISSN: 2173-920X
Ref.: 11288AMAD251

Reproducciones con fines comerciales

Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ninguna parte de esta publicación, ni almacenarse en un soporte recuperable ni transmitirse, de ninguna manera o procedimiento, sea de forma electrónica, mecánica, fotocopiado, grabando o cualquier otro modo, para fines comerciales.

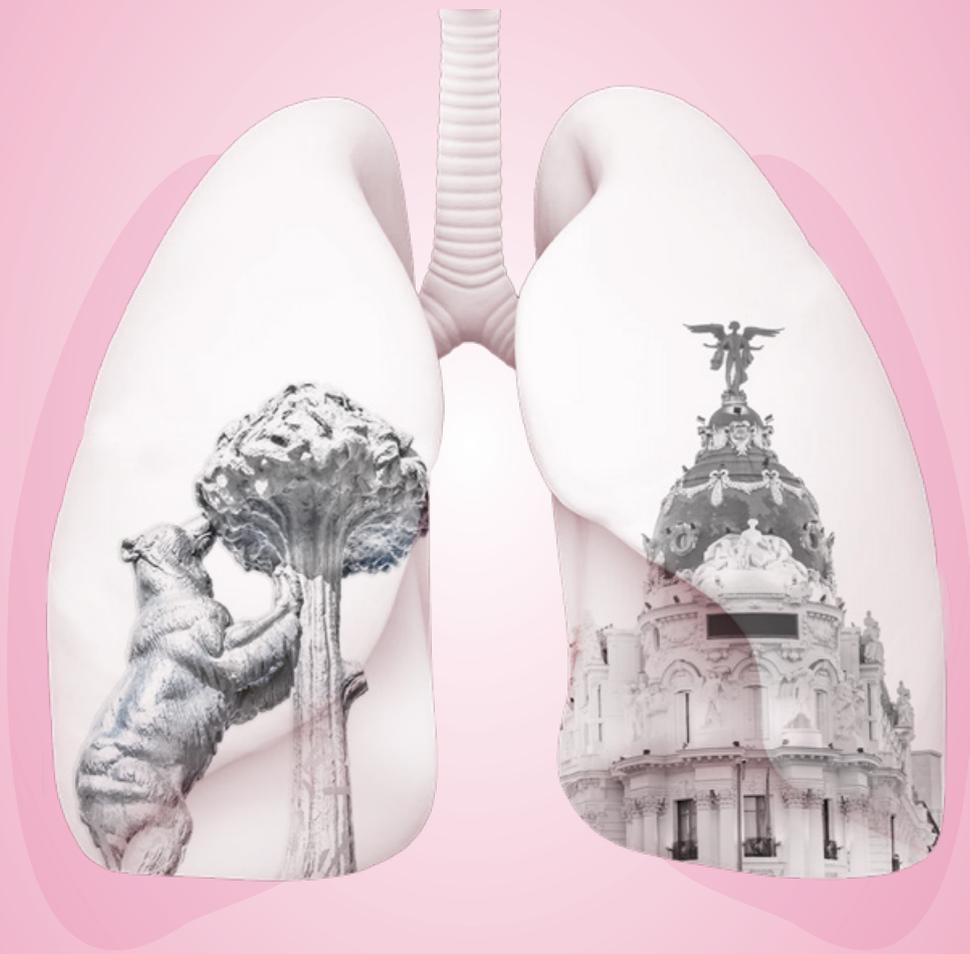
Revista de Patología Respiratoria es una publicación *open access* con licencia *Creative Commons*
CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Las opiniones, hallazgos y conclusiones son las de los autores. Los editores y el editor no son responsables y no serán responsables por los contenidos publicados en la revista.

© 2025 Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica. NEUMOMADRID. Publicado por Permanyer.

XXX congreso
**neumo
madrid**

2-4 Abril 2025



PROGRAMA

SEDE
Hotel Novotel Madrid Center

30 aniversario

#30congresoNeumomadrid



XXX congreso
**neumo
madrid**

30 aniversario

2-4 Abril 2025



SOLICITADA ACREDITACIÓN A LA COMISIÓN DE FORMACIÓN
CONTINUADA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

SEDE

HOTEL NOVOTEL MADRID CENTER

(Dirección: Calle de O'Donnell, 53, 28009 Madrid)

ORGANIZA Y CONVOCA

FUNDACIÓN NEUMOMADRID

C/Cea Bermúdez N° 46 1º Dcha.
28003 Madrid

Email: secretaria@neumomadrid.org

Web: <https://www.neumomadrid.org/>

Con el reconocimiento de



Sociedad Española
de **Neumología**
y **Clrugía Torácica**
SEPAR

SECRETARÍA TÉCNICA

Viajes El Corte Inglés, S.A.

Departamento de Congresos

C/ San Severo, 10.

T. 91 330 07 25

neumomadrid@viajeseci.es



XXX congreso
**neumo
madrid**

30 aniversario
2-4 Abril 2025



ÍNDICE

4 Carta de bienvenida

Comité de honor **5**

6 Junta directiva

Comité de congresos | **7**
Comité científico

8 Cronograma

Programa **13**

61 Información general

Premios **62**

63 Exposición comercial

Patrocinadores **64**

66 Notas



XXX congreso
**neumo
madrid**

30 aniversario
2-4 Abril 2025



CARTA DE BIENVENIDA

Queridos amigos,

Es para mí un honor daros la bienvenida al XXX Congreso de Neumomadrid.

En nombre del Comité de Congresos y de la Junta Directiva, os invitamos a participar en esta nueva edición, que tendrá lugar los días 2, 3 y 4 de abril de 2025 en el Hotel Novotel Madrid Center.

Será un encuentro dirigido a todos los profesionales dedicados al cuidado de la salud respiratoria, donde se aborden los temas más relevantes y novedosos, así como los avances tecnológicos relacionados con la patología pulmonar, potenciando la colaboración en materia de investigación, docencia y desarrollo entre todos los asistentes.

Quiero agradecer la labor que están llevando a cabo, tanto los compañeros que forman parte del Comité de Congresos, como la Junta Directiva, Comités y grupos de trabajo de la sociedad, para hacer que este encuentro sea atractivo y científicamente enriquecedor.

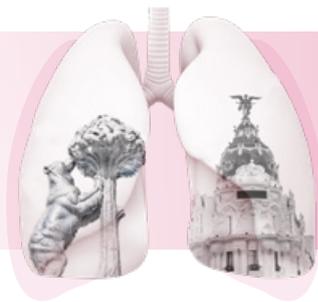
Dar las gracias también a la industria farmacéutica y a Viajes el Corte Inglés por su apoyo y colaboración, sin su ayuda sería posible este evento.

Os animamos a participar activamente en el congreso, con envío de comunicaciones y casos clínicos que podremos compartir y debatir entre todos.

Deseamos sinceramente que el Congreso sea de vuestro agrado y esperamos contar con vuestra participación.

Un cordial saludo,

Gema Sánchez Muñoz
Presidenta Comité de Congresos Neumomadrid



COMITÉ DE HONOR

S.M. El Rey Felipe VI

Excma. Sra. Ministra de Sanidad
Dña. Mónica García Gómez.

Excma. Sra. Presidenta de la Comunidad de Madrid
Dña. Isabel Díaz Ayuso

Excmo. Sr. Alcalde Presidente del Excmo. Ayuntamiento de Madrid
D. José Luis Martínez-Almeida Navasqües

Ilmo. Sr. Decano de la Facultad de Medicina
de la Universidad Complutense de Madrid
Dr. Javier Arias Díaz

Ilma. Sra. Decana de la Facultad de Medicina
de la Universidad Autónoma de Madrid.
Dra. Pilar López García

Ilmo. Sr. Decano de la Facultad de Medicina
de la Universidad de Alcalá de Henares
Dr. Gabriel de Arriba de la Fuente

Ilmo. Sr. Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
de la Universidad Rey Juan Carlos.
Dr. Carlos Goicoechea García

Ilma. Sra. Consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid
Dña. Fátima Matute Teresa



XXX congreso
**neumo
madrid**

30 aniversario
2-4 Abril 2025



Junta Directiva

PRESIDENTE

Belén López-Muñiz Ballesteros

VICEPRESIDENTE NEUMÓLOGO

Celia Pinedo Sierra

VICEPRESIDENTE CIRUJANO TORÁCICO

Regulo José Ávila Martínez

SECRETARIA

Cristina López García-Gallo

TESORERA

Layla Diab Cáceres

VOCAL CONGRESOS

Gema Sánchez Muñoz

VOCAL COMITÉ CIENTÍFICO

Lara Bravo Quiroga

VOCAL GRUPOS DE TRABAJO

Raúl Galera Martínez

VOCAL PEDIATRÍA

Sara Bellón Alonso

VOCAL M.I.R

Julia Dorta Díez de Lastra

EXPRESIDENTE EN EJERCICIO

Francisco Javier García Pérez



XXX congreso
**neumo
madrid**

30 aniversario
2-4 Abril 2025



Comité de Congresos

PRESIDENTA

Gema Sánchez Muñoz
*Hospital General Universitario
Gregorio Marañón, Madrid.*

VOCALES

Beatriz Arias Arcos
*Hospital Universitario
Infanta Leonor, Madrid.*

Silvana Crowley
*Hospital Universitario
Puerta de Hierro, Madrid.*

Roberto Larrosa Barreno
*Hospital Universitario
Infanta Elena, Madrid.*

Ilaf Latif Essa
*Hospital General Universitario
Gregorio Marañón, Madrid.*

Cristina López Riobos
*Hospital Universitario de Getafe,
Madrid.*

Beatriz Morales Chacón
*Hospital Universitario
Clínico San Carlos, Madrid.*

Alicia Oliva Ramos
*Hospital General Universitario
Gregorio Marañón, Madrid.*

Sergio Salgado Aranda
Hospital Universitario del Tajo, Madrid.

Silvia Sánchez Cuellar
*Hospital Universitario
Ramón y Cajal, Madrid.*

Comité Científico

PRESIDENTA

Lara Bravo Quiroga
*Hospital Universitario
Príncipe de Asturias, Madrid.*

VOCALES

Emma Barja Martínez
*Hospital Universitario
Severo Ochoa, Leganés, Madrid.*

Paola Antonella Benedetti
*Hospital Universitario
Gregorio Marañón, Madrid.*

Irene Milagros Domínguez Zabaleta
*Hospital Universitario de Getafe,
Madrid.*

Nieves Hoyos Vázquez
*Hospital Universitario del Henares,
Madrid.*

María Martínez Redondo
*Hospital Universitario La Paz,
Madrid.*

Renata Peroy Badal
*Fisioterapeuta. Centro de Salud
Arroyo Media Legua, Madrid.*

Beatriz Raboso Moreno
*Hospital Universitario de Getafe,
Madrid.*

Aurora Solier López
*Hospital Universitario Ramón y Cajal,
Madrid.*



XXX congreso neumo madrid

30 aniversario
2-4 Abril 2025



PATROCINADORES



Asma

13. Manejo de la crisis asmática en el servicio de urgencias. ¿Cuál es nuestra práctica habitual? Stephany Briones Alvarado¹, Carlos Luis Sarango Parrales², Angelica María Quito Parra¹, Tinixara Hernandez Hernandez¹, Marta Guajardo Madorrán¹, Gabriella Manzanares Cavin¹. ¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España, ²Hospital Central de La Defensa Gómez Ulla., Madrid, España

Introducción

Las crisis asmáticas constituyen una de las principales causas de visitas al servicio de urgencias (SU), representando una carga económica sustancial para la sanidad pública. Identificar correctamente a este subgrupo de pacientes y caracterizar adecuadamente la gravedad de las crisis asmáticas permitiría mejoras en el tratamiento y del uso de los recursos sanitarios. El objetivo de este estudio fue identificar si en el SU de un hospital de tercer nivel se cumplían con las pautas dispuestas en las principales guías practica clínica de asma empleadas en nuestro medio.

Material y métodos

Estudio transversal de los pacientes que fueron dados de alta del SU del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, con diagnóstico de crisis/agudización asmática durante el primer trimestre del 2024. Se recogieron las siguientes variables: datos demográficos, ACT en los últimos seis meses, clasificación de la gravedad del asma, número de visitas a urgencias en el año previo, motivo para acudir al SU, la gravedad de la crisis, el tratamiento empleado en el SU, dosis total de corticoide oral (CO) prescrita al alta y que especialista valoro al paciente. Los pacientes incluidos en este estudio tienen una edad ≥ 18 años y un diagnóstico documentado de asma bronquial y con buena adherencia a su tratamiento inhalado durante al menos los últimos tres meses. Excluimos a los pacientes menores de 18 años, con diagnóstico no documentado de asma bronquial y que no tomaban su tratamiento según su historial médico.

Resultados

Se reclutaron 103 pacientes, 75,72% eran mujeres. La edad media de los pacientes fue de 51,5 años. Un 25% de los pacientes son fumadores y un 13.5% exfumadores, siendo el IPA promedio de 43. El 83.7% eran pacientes con asma persistente leve. 60.2% tenían un ACT de 22. El 61.2% de los pacientes habían visitado al menos tres veces el SU en el año previo. El 40,7% acudieron a urgencias por síntomas respiratorios de menos de siete días de evolución y que en el SU la atención era más rápida que en su centro de salud. El tratamiento más empleado consistió en la administración de broncodilatadores de acción corta nebulizados y dosis iguales o superiores de 200 mg hidrocortisona (82.4%) y la dosis media acumulada de corticoide oral al alta fue de 150 mg de prednisona. De los pacientes que fueron diagnosticados de crisis asmáticas solo 16.3% cumplían criterios de agudización.

Tabla 1. Especialista que valoro al paciente en la urgencia * Clínica compatible con crisis asmáticas

		n	Clínica compatible con crisis asmática		P
			Si	No	
Especialista que valoro al paciente en la urgencia	Neumólogo	n	13	0	< 0,001
		%	100.0%	0.0%	
	Médico internista	n	2	25	< 0,001
		%	7.4%	92.6%	
	Médico de familia	n	2	35	< 0,001
		%	5.4%	94.6%	
	Otros	n	0	26	< 0,001
		%	0.0%	100.0%	
Total	n	17	86	< 0,001	
	%	16.5%	83.5%		

De aquellos pacientes que sí cumplieron criterios diagnósticos de crisis asmática: 8.7% tenían una crisis leve, 4.8% moderada y 2.9% grave. El resto de datos se resumen en la Tabla 1.

Conclusiones

La mayoría de pacientes diagnosticados de crisis asmática no cumplían criterios compatibles con una agudización, a pesar de ello todos recibieron tratamiento con broncodilatadores y corticoides sistémicos. Dejando ver que en la mayoría de casos no se siguen las pautas dispuestas en las guías, provocando un mal uso de los recursos sanitarios, y la necesidad de formación para la población y personal sanitario.

41. Diferencias en el consumo de recursos sanitarios en función de la convivencia familiar en pacientes con asma bronquial ingresadores. Zichen Ji¹, Marta Jerónimo Trigueros², Jimena O'Shanahan Delgado-Taramona², Gabriella Maura Manzanares Cavin¹, Stephany Ivonne Briones Alvarado¹, Javier De Miguel Díez¹. ¹Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España, ²Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Introducción

Los pacientes con asma bronquial pueden sufrir exacerbaciones agudas. Los familiares de los pacientes con asma juegan un papel importante tanto en el estilo de vida del paciente como en el cuidado de ellos, pudiendo influir en el control de la enfermedad. El objetivo del estudio fue comparar la mortalidad y la aparición de exacerbaciones de asma bronquial, con o sin ingreso, en los pacientes que tuvieron una exacerbación de asma con ingreso en función de si el paciente convive con familiares.

Material y métodos

Estudio observacional de pacientes con asma bronquial que tuvieron un ingreso por exacerbación entre 2016 y 2018, con seguimiento prospectivo desde el alta hospitalaria hasta 2024. Se revisó la historia clínica para obtener datos clínicos en el momento del ingreso y posteriormente la aparición de eventos durante el seguimiento. Se analizó la aparición de exacerbaciones y la mortalidad como variables tiempo dependientes.

Resultados

Se incluyeron 83 pacientes, de los cuales, 16 (19,3%) eran varones. La edad media fue de 66,2 años (desviación estándar-DE-22,7). El peso medio de los pacientes fue de 71,2 kg (DE 15,1), la talla media fue de 1,59 m (DE 0,08), con un índice de masa corporal (IMC) de 28,2 kg/m² (DE 5,7). En cuanto a la función pulmonar, el FEV1 medio fue del 83,0% (DE 25,8) sobre el valor predicho, la FVC media fue del 98,3% (DE 25,3) sobre el valor predicho. En cuanto a las comorbilidades, la mediana del índice de Charlson fue 1 (rango intercuartílico-RIC-1-2). La mediana del seguimiento fue de 81,5 meses (RIC 73,3-94,8).

De todos los pacientes incluidos en el estudio, 67 (80,7%) convivían con familiares. En comparación con aquellos pacientes que vivían solos, estos pacientes tenían una edad inferior (63,3 vs 78,4 años, p = 0,001). No se objetivaron diferencias significativas en ninguna otra característica clínica.

Las Figuras 1 y 2 muestran la aparición de exacerbaciones de asma bronquial sin y con ingreso, respectivamente, tras la recuperación del ingreso

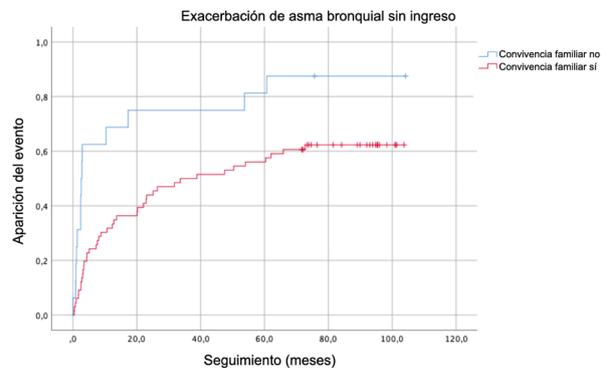


Figura 1. Aparición de exacerbaciones de asma bronquial sin ingreso tras la recuperación del ingreso inicial según la convivencia familiar.

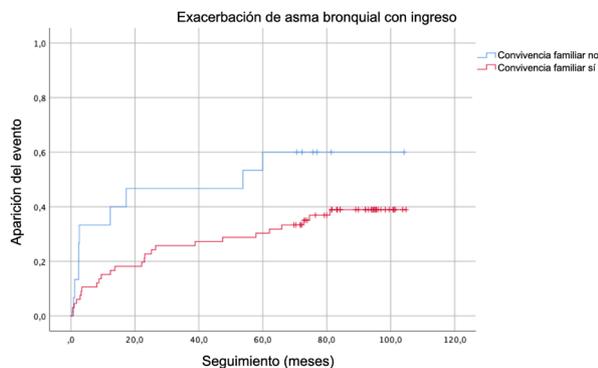


Figura 2. Aparición de exacerbaciones de asma bronquial con ingreso tras la recuperación del ingreso inicial según la convivencia familiar.

inicial según la convivencia familiar. Se objetivó una mayor presencia de exacerbaciones sin ingreso en los pacientes que vivían solos (log-rank 9,64 y $p = 0,002$) y una mayor presencia de exacerbaciones con ingreso en estos pacientes (log-rank 4,13 y $p = 0,042$). No se objetivaron diferencias en la supervivencia según la convivencia con familiares.

Conclusiones

Los pacientes con asma bronquial que vivían solos presentaron más exacerbaciones de asma bronquial tras un primer ingreso en comparación con aquellos que convivían con familiares. El seguimiento de estos pacientes debe ser más estrecho para vigilar las fluctuaciones en el asma bronquial.

61. Eficacia del benralizumab en pacientes con granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA) en un entorno real: experiencia en el hospital universitario La Paz. Cindy Stephania Aponte Guevara¹, Daniel Laorden Escudero², Leticia De Las Vecillas Sánchez¹, Ana Noblejas Mozo³, David Romero Ribate¹. ¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, ²Hospital Universitario La Paz, Madrid., Madrid, España, ³Madrid., Madrid, España

Introducción

La granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA) es una vasculitis sistémica rara caracterizada por la inflamación de vasos sanguíneos de pequeño a mediano tamaño y una marcada eosinofilia. Las manifestaciones clínicas son heterogéneas, van desde asma y rinosinusitis hasta afectación sistémica. A pesar de una etiología poco clara, la disfunción de los eosinófilos es un mecanismo patogénico clave que induce la inflamación. El tratamiento estándar implica corticosteroides y agentes inmunosupresores. Sin embargo, los fármacos biológicos han surgido como opción terapéutica fundamental. Benralizumab, un anticuerpo monoclonal que se dirige a la subunidad alfa del receptor de interleucina-5 (IL-5), elimina los eosinófilos, induciendo apoptosis y reduciendo así, la inflamación eosinofílica.

Material y métodos

Un estudio retrospectivo evaluó la eficacia y seguridad del benralizumab 30mg cada 4 semanas en siete pacientes con GEPA en el Hospital Universitario La Paz. Se analizaron las características clínicas, parámetros de laboratorio (recuentos de eosinófilos y proteína catiónica eosinofílica [PCE]) y terapias concomitantes antes y 6 meses después de iniciar el tratamiento. Seis pacientes recibieron Benralizumab cada cuatro semanas y uno cada ocho semanas.

Resultados

Se incluyeron en el estudio siete pacientes diagnosticados o con fuerte sospecha de tener GEPA. De estos, cinco eran ANCA-positivos y tres tenían vasculitis confirmada. Seis pacientes habían recibido previamente tratamiento con otros agentes biológicos, como mepolizumab y omalizumab. benralizumab se prescribió principalmente para asma mal controlada en cinco casos, para polineuropatía mal controlada en un caso y para ambas indicaciones en otro paciente. Se observó mejoría clínica en seis pacientes, aunque uno cambió a mepolizumab debido a la falta de respuesta. Las terapias inhaladas se mantuvieron en todos los participantes. Tres pacientes pudieron discontinuar completamente los corticosteroides orales, mientras que los pacientes restantes redujeron sus dosis sin lograr la discontinuación completa.

Durante el estudio, dos pacientes experimentaron una exacerbación, mientras que uno sufrió dos exacerbaciones, una de las cuales requirió hospitalización.

El asma controlado, definido como una puntuación en el test de control del asma (ACT) mayor de 20, se logró en tres pacientes. Las pruebas de función pulmonar revelaron un aumento en la relación FEV1/FVC en cuatro pacientes, con valores generales de FEV1 que se mantuvieron estables. Los recuentos de eosinófilos cayeron a cero en todos los pacientes excepto en dos, que tuvieron recuentos residuales de 10 células/ μL . Los niveles de PCE se midieron solo en dos pacientes y no se observaron cambios significativos antes y después del tratamiento.

Conclusiones

Benralizumab es una opción efectiva para el tratamiento de la GEPA. Sin embargo, se necesitan estudios más grandes y a más largo plazo para confirmar estos resultados y aclarar su papel en el manejo de la GEPA.

Variable	Años	Nº de pacientes
Edad media	58	
Prevalencia de mujeres		4
GEPA confirmada mediante biopsia		3
Ac. ANCA positivos		5
Tratamiento previo con fármaco biológico		6
Mejoría clínica		6
Pacientes que redujeron exacerbaciones durante el tratamiento		6
Test de control de asma (ACT) > 20 post biológico		3
Reducción de dosis de corticoides sistémicos		4
Discontinuación de corticoides sistémicos		3
Cambio de Benralizumab a otro biológico		1
Mejoría de FEV1/CVF		4
Mejoría en la FENO		5
Depleción de eosinófilos		7
Antecedente de poliposis nasal		6
Antecedente de cirugía de pólipos		3
Fumadores		1
Ex fumadores		2
Antecedente de rinoconjuntivitis		5
Antecedente de enfermedad respiratoria exacerbada por la aspirina		1
Antecedente de bronquiectasias		4
Antecedente de apnea obstructiva del sueño		1

68. Evolución de pacientes con asma grave en tratamiento con benralizumab a largo plazo. Marta Arteaga Romero, Laura Isabel López Duque, Daniel Laorden Escudero, David Romero Ribate, Javier Domínguez Ortega, Rodolfo Álvarez-Sala Walther. Hospital Universitario La Paz, Madrid., Madrid, España

Introducción

El objetivo principal fue estudiar la evolución de la sintomatología respiratoria y de la función pulmonar en pacientes con asma grave tratados con dosis altas de glucocorticoides inhalados (GCI), (1001-2000 μg de

beclometasona dipropionato o equivalente), según la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) 5.4, así como la posible reducción de dichas dosis en pacientes tratados con brenalizumab durante al menos tres años.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo longitudinal unicéntrico. Se recopilieron datos de pacientes adultos con asma grave de difícil control situados en el sexto escalón terapéutico cuando iniciaron brenalizumab y cuyo seguimiento se realizó desde enero de 2020 hasta diciembre de 2023. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, parámetros espirométricos, Asthma Control Test (ACT); exacerbaciones, dosis de glucocorticoides orales (GCO) y la posible reducción de GCI.

Resultados

Se incluyeron 25 pacientes adultos con asma grave de difícil control. El 64% fueron mujeres de 62 [30-81] años. Las características de los pacientes figuran en la Tabla 1. Al año de iniciar brenalizumab, se redujo la dosis de GCI a dosis medias (501-1000 µg de beclometasona dipropionato o equivalente) en el (40%, n = 10) de los pacientes. Los porcentajes en función del fenotipo de asma, se detallan en la Tabla 2.

Dos años después de iniciar el tratamiento con brenalizumab, el 56% (n = 14) de los pacientes había disminuido las dosis de GCI a niveles medios. De manera similar, se redujo el uso de LAMA, y esta reducción se mantuvo en el tercer año del estudio.

Al final del tercer año, el porcentaje de pacientes con dosis reducidas de ICS aumentó ligeramente al 64% (n = 16). Sin embargo, ningún paciente alcanzó dosis bajas de ICS (200-500 µg de beclometasona dipropionato o su equivalente).

Además, desde el inicio del tratamiento con brenalizumab, se ha observado una disminución de los síntomas (medidos por ACT, Tabla 2) y de las exacerbaciones, lo que ha llevado a una reducción significativa en el uso de corticosteroides orales, sin que se haya producido una disminución asociada en la función pulmonar durante los tres años del estudio.

Conclusiones

Este estudio demuestra que tras tres años de tratamiento con brenalizumab, fue posible reducir la dosis de GCI consiguiendo mantener un buen control de la sintomatología de los pacientes, una disminución de las exacerbaciones y del uso de GCO sin deterioro en la función pulmonar ni aumento significativo en FeNO.

En conclusión, este trabajo respalda el uso de brenalizumab como una opción terapéutica eficaz para disminuir la carga del tratamiento inhalado en pacientes con asma grave, mejorando el control de la enfermedad y reduciendo la dependencia de GCO.

Tabla 1. Características de los pacientes con asma grave que iniciaron tratamiento con brenalizumab. n (número de pacientes), ACOS (solapamiento asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica), ABPA (aspergilosis broncopulmonar alérgica), ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico), AOS (apnea obstructiva del sueño)

Características de los pacientes		n (%)
Sexo (mujer)		16 (64)
Edad de diagnóstico del asma > 18 años		24 (96)
Fenotipo de asma	Eosinofílico	17 (68)
	Mixto (Alérgico-Eosinofílico)	7 (28)
	ACO	1 (4)
Estado de fumador	No fumador	17 (68)
	Exfumador	8 (32)
Rinitis alérgica		11 (44)
Poliposis nasal		11 (44)
ABPA		2 (8)
Bronquiectasias		13 (52)
ERGE		12 (48)
AOS		1 (4)
Ansiedad		1 (4)
Agudizaciones antes del inicio del fármaco biológico		16 (64)

Tabla 2. Resultados de los pacientes en tratamiento con brenalizumab en los que se redujo la dosis de corticoides inhalados. n (número), SD (desviación estándar), FEV1 (volumen espiratorio forzado en un segundo), FeNO (fracción exhalada de óxido nítrico), ACT (Asthma Control Test), GCO (glucocorticoides orales), LAMA (anticolinérgicos de acción prolongada), ml (mililitros); pp (porcentaje del predicho), ppb (partes por billón), cels. (células)

	Año 1 post-biológico	Año 2 post-biológico	Año 3 post-biológico
Total de pacientes que redujeron GCI, n (%)	10 (40%)	14 (56%)	16 (64%)
Pacientes con asma de fenotipo eosinofílico que redujeron GCI, n (%)	6 (35,3%)	8 (47%)	9 (53%)
Pacientes con asma de fenotipo mixto (alérgico-eosinofílico) que redujeron GCI, n (%)	4 (60%)	6 (85,7%)	7 (100%)

	Basal pre-biológico	Año 1 post-biológico	p	Año 2 post-biológico	p	Año 3 post-biológico	p
FEV1 (l) (Media; SD)	2,1; 0,8	2,3; 0,8	0,51	2,3; 0,9	0,44	2,2; 0,9	0,55
FEV1 (pp) (Media; SD)	71,5; 21,5	79,8; 22,5	0,19	79,8; 23,4	0,19	80,8; 20,8	0,13
FeNO (ppb) (Media; SD)	71,5; 55,2	57,1; 50,9	0,41	58,3; 56,3	0,47	58,7; 59,2	0,51
ACT (Mediana [p25-p75])	16,5 (13-20)	23,5 (21-25)	< 0,01	21 (17-25)	< 0,01	20 (15-25)	< 0,01
Reducción de GCO en exacerbaciones, n (%)	-	4 (44%)	< 0,01	4 (27%)	< 0,01	2 (14%)	< 0,01
Reducción del uso de LAMA, n (%)	-	3 (19%)	0,37	8 (50%)	0,03	0 (0%)	0,03
Reducción del uso de antileucotriénicos, n (%)	-	2 (13%)	0,38	6 (40%)	0,25	8 (53%)	0,09
Recuento de eosinófilos en sangre (cels. /µl) (Mediana [p25-p75])	460 (230-710)	5 (0-25)	< 0,01	0 (0-10)	< 0,01	0 (0-10)	0,01

76. Evaluación de la adherencia al tratamiento inhalado en pacientes asmáticos a partir de un estudio transversal. María De Las Mercedes Carrasco Sánchez, Anna Rebeca Hernández González, Nestor Luis Rodríguez Meleán, María Candela Martínez Garretano, José Carlos Gordillo Montilla, Mercedes García-Salmones Martín. *Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid., Madrid, España*

Introducción

El asma es una enfermedad respiratoria crónica que sigue representando una carga significativa para la salud pública debido a su alta prevalencia y morbimortalidad. La adherencia al tratamiento inhalado es fundamental para el adecuado control de los síntomas, la reducción de exacerbaciones y las hospitalizaciones. El objetivo del presente estudio es determinar el grado de adherencia al tratamiento inhalado en pacientes asmáticos.

Material y métodos

A continuación, se expone un estudio observacional, transversal y descriptivo que incluye a todos los pacientes con diagnóstico de asma atendidos en la consulta de neumología en un período de dos meses en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Para ello, se revisó la concordancia entre el tratamiento prescrito en la consulta y la dispensación registrada en el Módulo Único de Prescripción (MUP).

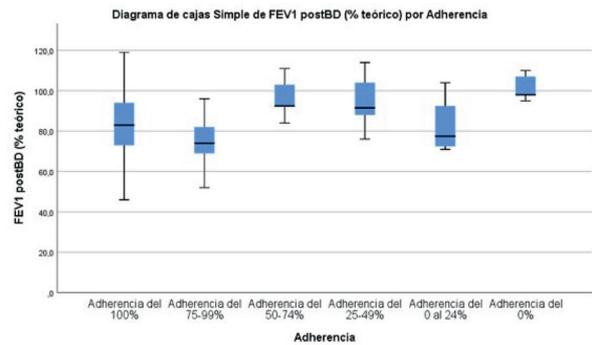
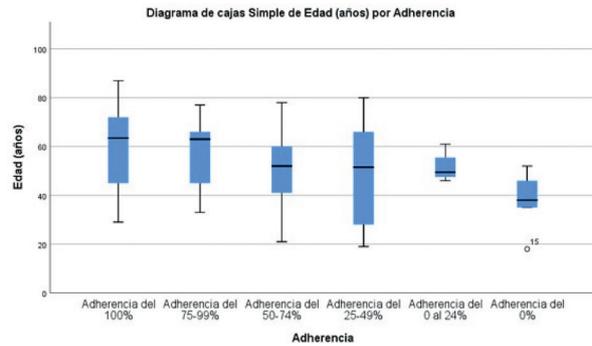
A partir de estos datos, se revisaron las características demográficas, funcionales y propias de la enfermedad de los pacientes en relación con el grado de adherencia al tratamiento inhalado. Se categorizó el grado de adherencia al tratamiento inhalado en seis categorías, desde nula (0%) hasta óptima (100% de recogida).

Resultados

Se incluyeron un total de 68 pacientes, cuyas características basales se reflejan en la Tabla 1.

Se observan diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,022$) en la mediana de la edad, objetivando una mayor adherencia en pacientes mayores de 60 años (Gráfica 1a). También se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la función pulmonar, concretamente en el FEV₁ postBD (%) ($p = 0,006$) (Gráfica 1b).

	n = 68
Edad, años	55 (41 a 66)
Sexo femenino, n (%)	45 (66,2)
FEV ₁ postBD (% teór.)	91 (78 a 99)
FEV ₁ /FVC postBD	79,5 (73,2 a 85,0)
FeNO, ppb	40,3 (22,2 a 65,6)
Escalón GEMA 5.4	
Escalón 1, n (%)	2 (2,9)
Escalón 2, n (%)	3 (4,4)
Escalón 3, n (%)	8 (11,8)
Escalón 4, n (%)	20 (29,4)
Escalón 5, n (%)	27 (39,7)
Escalón 6, n (%)	8 (11,8)
Concordancia de la prescripción, n (%)	65 (95,6)
Concordancia de la dosis, n (%)	67 (98,5)
Concordancia de los dispositivos, n (%)	67 (98,5)
Prescripción duplicada, n (%)	1 (1,5)
Adherencia	
100%, n (%)	22 (32,4)
75-99%, n (%)	9 (13,2)
50-74%, n (%)	14 (20,6)
25-49%, n (%)	14 (20,6)
0 al 24%, n (%)	4 (5,9)
0%, n (%)	5 (7,4)



Conclusiones

- Más de la mitad de los pacientes presentan una adherencia subóptima (<75%) al tratamiento inhalado.
- Los pacientes asmáticos jóvenes y con buena función pulmonar podrían adherirse menos al tratamiento, lo que refleja la necesidad de implementar estrategias para mejorar la adherencia.

96. Efecto de los tratamientos biológicos en la función pulmonar y control del asma grave. Paloma Ferreira Fernandez, Jordan Smith Bautista Villamizar, María Jose Pavon Fernandez, Nuria Abad Santamaria, Susana Florez Martin, Ana Encabo Motiño. *Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España*

Introducción

El asma grave no controlada supone un reto clínico importante debido a la falta de respuesta a los tratamientos convencionales. Los fármacos biológicos han demostrado ser una estrategia eficaz para mejorar la función pulmonar y optimizar el control del asma, reduciendo el uso de medicación de rescate y la frecuencia de exacerbaciones.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en pacientes con diagnóstico de asma grave no controlada en seguimiento en consultas de Neumología y bajo tratamiento con fármacos biológicos. Se recopilaron datos en una base de Excel y el análisis estadístico se realizó con SPSS. Se evaluaron cambios en la función pulmonar (FEV₁ %) antes y después del tratamiento mediante pruebas paramétricas (T-student y ANOVA).

Resultados

Se incluyeron 20 pacientes (40% hombres, 60% mujeres) con una edad media de $45,2 \pm 12,3$ años. En cuanto al hábito tabáquico, el 50% eran no fumadores, el 40% exfumadores y el 20% fumadores activos. Las comorbilidades más frecuentes fueron obesidad (30%), EPOC (20%), hipertensión arterial (15%) y diabetes mellitus (10%). Los valores promedio de biomarcadores fueron eosinófilos 300 ± 50 y IgE 150 ± 30 .

El tratamiento biológico mostró una mejora significativa en la función pulmonar, con un aumento del FEV₁ del $65,0 \pm 15,0\%$ al $70,1 \pm 10,5\%$ ($p < 0,01$). Asimismo, se evidenció una disminución significativa en la necesidad de medicación de rescate ($p < 0,01$) y una reducción en la frecuencia

de exacerbaciones de 35 a 15 episodios ($p < 0.01$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el uso de corticoides antes y después del tratamiento ($p = 0.4235$).

Tabla. Demográfica y clínica

Variable	n	Porcentaje %
Masculino	8	40
Femenino	12	60
Edad media	20	45.2 ± 12.3
No fumadores	10	50
Ex-fumador	6	30
Fumador actual	4	20
FEV1	65.0 ± 15.0	
Eosinófilos	300 ± 50	
IgE	150 ± 30	
EPOC		20
HTA		15
DM		10
Alergias - no RAMC		40
Obesidad		30

Comparación antes y después del Tratamiento: resultados clínicos

Variable	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	p
Uso de Medicación de Rescate	18	10	< 0.001
Control de Síntomas (Buen control)	5	15	0.01
FEV1	65.0 ± 15.0	70.1 ± 10.5	< 0.001
Frecuencia de Medicación de Rescate	18	10	< 0.001

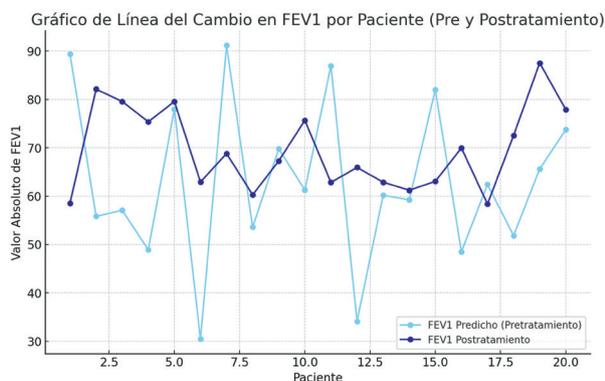


Gráfico de líneas - FEV1 predicho vs Post-tratamiento.

Diagrama de Caja de los Valores de FEV1 (Pre y Postratamiento)

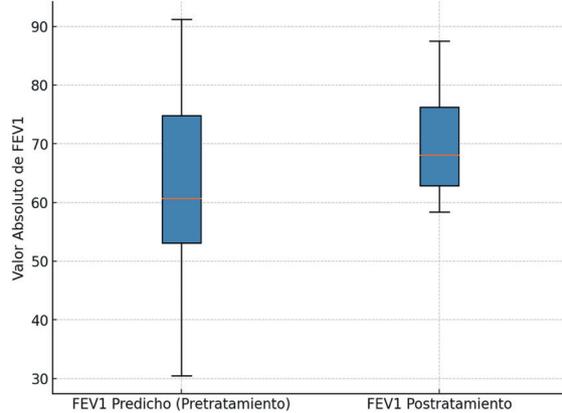


Diagrama de caja para el cambio porcentual en FEV1 Post-tratamiento.

Conclusiones

Los tratamientos biológicos representan una alternativa eficaz en pacientes con asma grave no controlada, logrando una mejora en la función pulmonar y un mejor control de la enfermedad. Su impacto positivo en la reducción de exacerbaciones y el menor uso de medicación de rescate refuerza su papel en la optimización del manejo del asma. La identificación temprana de candidatos para estos tratamientos podría contribuir a una mejor calidad de vida de los pacientes y su entorno.

106. Tolerancia a fármacos nebulizados en pacientes con asma: experiencia de un centro de tercer nivel. Edwin Jonathan Yong Portugal, Aurora Solier López, Rosa Nieto Royo, Luis Máiz Carro, Silvia Sánchez Cuellar, Raquel Morillo Guerrero. *Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid., Madrid, España*

Introducción

El asma es una enfermedad inflamatoria muy heterogénea, y en muchas ocasiones, difícil de tratar y controlar.

Muchos pacientes no controlados presentan clínica de broncorrea, bronquiectasias o infección bronquial crónica como rasgo tratable.

La eficacia de los fármacos nebulizados para mejorar el control en pacientes con asma ha sido poco estudiada.

El objetivo de nuestro estudio es valorar la tolerancia a fármacos nebulizados en los pacientes de la consulta de asma bronquial grave

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes de la consulta de asma a los que se les solicitó test de tolerancia a fármacos nebulizados entre enero de 2022 y septiembre de 2024.

Se realizaron pruebas de tolerancia a fármacos nebulizados (suero salino hipertónico al 6%, suero salino hipertónico al 7% con ácido hialurónico, gentamicina nebulizada, ampicilina nebulizada y colistimetato de sodio nebulizado). Se evaluó la tolerancia funcional con espirometría post fármaco y la tolerancia clínica mediante el test de Likert.

Resultados

Se analizaron las características de 30 pacientes. La media de edad fue 64,03 años con un predominio del sexo femenino (86,67%) y con un diagnóstico de asma de inicio tardío (86,67%) (Ver tabla 1). El perfil predominante fue T2 alto de tipo eosinofílico observado en 43,33% (13 pacientes). El 56% de la muestra presentaba un asma mal controlada con un ACT < 19. La media de FEV1 de nuestros pacientes fue de 1967 ml con una media de 0,6 agudizaciones en los 6 meses previos.

Dieciséis de nuestros pacientes contaban con aislamiento microbiológico siendo los gérmenes más comunes el *Staphylococcus aureus* (4 pacientes) y *Pseudomonas aeruginosa* (3 pacientes).

Tras la realización de pruebas de tolerancia a fármacos se evidenció que el 70% (21) de nuestros pacientes tolero de manera adecuada, funcional y clínicamente, a uno o más fármacos nebulizados. Los fármacos con mejor perfil de tolerancia fueron el colistimetato de sodio (75%) y el SSH al 7% con ácido hialurónico (72%) (Ver tabla 2).

Tabla 1.

Características de los pacientes	n (%)
Género	
Femenino	26 (86,67%)
Masculino	4 (13,33%)
Diagnóstico de asma	
Tardío	26 (86,67%)
Precoz	4 (13,33%)
Asma grave	
Sí	14 (46,67%)
No	16 (53,33%)
Tipo de asma	
Eosinofílico	13 (43,33%)
No T2	8 (26,67%)
Alérgico	5 (16,67%)
Mixto	4 (13,33%)
Bronquiectasias	
Sí	14 (46,67%)
No	16 (53,33%)
Tratamiento	
Doble terapia	5 (16,67%)
Triple terapia	25 (83,33%)
Montelukast	12 (40%)
Azitromicina	8 (26,67%)
Biológicos	6 (20%)

Tabla 2.

Tolerancia a fármacos nebulizados	n (%)
Suero salino hipertónico (SSH) al 6%	7
Buena	4 (57,14%)
Mala	3 (42,86%)
SSH al 7% con ácido hialurónico	25
Buena	18 (72%)
Mala	7 (28%)
Colistimetato de sodio	12
Buena	9 (75%)
Mala	3 (25%)
Gentamicina	9
Buena	4 (44,44%)
Mala	5 (55,56%)
Ampicilina	7
Buena	5 (71,42%)
Mala	2 (28,58%)

Nueve de nuestros pacientes presentaron mala tolerancia funcional o clínica a los fármacos nebulizados. Dentro de este grupo, solo el 22% presentaba bronquiectasias como rasgo tratable y el 66,67% estaba diagnosticado de asma grave.

Conclusiones

Los fármacos nebulizados fueron una alternativa bien tolerada para el tratamiento complementario de nuestros pacientes con asma.

El colistimetato de sodio y el SSH al 7% con ácido hialurónico fueron los mejores tolerados.

130. Experiencia en el tratamiento con mepolizumab en pacientes con asma grave. Jorge Rábago Castro¹, Ismael Ali García², Beatriz Arias Arcos¹, Cesar Araque Molina², David Martos Ruiz¹, María Jesús, Buendía García². ¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España, ²Madrid, Madrid, España

Introducción

El mepolizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que se dirige contra la interleucina-5 (IL-5), una citoquina clave en la proliferación y activación de eosinófilos. Este fármaco ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del asma eosinofílica grave. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia del mepolizumab en pacientes con asma eosinofílica grave en nuestro centro.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo realizado en la unidad de asma del servicio de Neumología del Hospital Universitario Infanta Leonor. Se registraron datos demográficos y comorbilidades asociadas. Se analizaron las siguientes variables en el año previo y el año posterior al tratamiento: ACT, eosinófilos en sangre, FeNO, función pulmonar y agudizaciones.

Resultados

Se analizaron 41 pacientes con asma eosinofílica grave tratados con mepolizumab. Del total, el 43% eran varones, con una edad media de 57 ± 9 años. El 69% presentaban sobrepeso u obesidad (IMC medio de 27,3 ± 8,4). El 75% nunca había fumado, el 22% eran exfumadores y el 3% eran fumadores activos. El 19,5% presentaban hipertensión arterial, el 4,9% diabetes y el 19,5% dislipemia. El 75,6% tenían estudio de neumoalérgenos positivos y el 56,1% poliposis nasosinusal. El 78% de los pacientes no habían recibido tratamiento biológico previo (naive).

Los resultados de las variables analizadas el año previo fueron: eosinofilia en sangre (479 ± 285 cels/μL), FeNO (31 ± 25,5 ppb), ACT (15,3 ± 14), FEV1 (2.192 ± 702 ml) y número de agudizaciones (media de 2,15).

Los resultados de las mismas variables en el año posterior fueron: eosinofilia en sangre (112 ± 93,5 cels/μL), FeNO (19,7 ± 8,66 ppb), ACT (20,2 ± 8,5), FEV1 (2.404 ± 688 ml) y número de agudizaciones (media de 0,8).

Las diferencias pre y post-tratamiento fueron: eosinófilos en sangre -352 cels/μL (p < 0,001), FeNO -12 ppb (p < 0,05), ACT +4,9 (p < 0,08), FEV1 +212 ml (p < 0,02) y número de agudizaciones -1,35 (p < 0,001).

Conclusiones

- Las comorbilidades más frecuentes fueron la positividad para neumoalérgenos, sobrepeso/obesidad y poliposis nasosinusal.
- Se observó una disminución del número de agudizaciones y un mejor control de los síntomas (ACT) tras el tratamiento con mepolizumab.
- También se objetivó una mejora de la función pulmonar y una reducción de los eosinófilos en sangre.

133. Experiencia con tezepelumab en un hospital de segundo nivel. Jorge Rábago Castro, Beatriz Arias Arcos, Ismael Ali García, César Araque Molina, Inmaculada Castillo Gil, María Jesús Buendía García. Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid., Madrid, España

Introducción

Tezepelumab es la última terapia biológica aprobada para el asma grave no controlada. Su bloqueo de la linfopoyetina estromal tímica (TSLP) mejora el control del asma en pacientes con perfiles inflamatorios T2 y no T2. El objetivo fue describir la experiencia de la unidad de asma de un hospital terciario con los 10 primeros pacientes tratados con Tezepelumab.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo en la unidad de asma de Neumología, que analizó variables demográficas y el perfil inflamatorio de los pacientes.

Se evaluaron eosinófilos en sangre, ACT, FEV1 y agudizaciones durante los seis meses previos y posteriores al tratamiento con Tezepelumab, así como los biológicos utilizados previamente.

Resultados

De los diez pacientes recogidos, el 60 % eran mujeres, con una edad media de $51 \pm 8,4$ años. El 70 % de la muestra presentó un perfil inflamatorio tipo T2.

Los resultados del análisis de variables 6 meses antes del tratamiento con Tezepelumab y en los 6 meses posteriores al inicio de Tezepelumab se muestran en la (tabla 1).

Se realizó una distinción entre los pacientes que habían recibido tratamiento biológico previamente y aquellos que no lo habían recibido (naïve), observándose diferentes resultados (tabla 2).

No hubo cambios estadísticamente significativos en ninguno de los dos grupos. Sin embargo, en los pacientes que recibieron biológico previo, mejoró el ACT, disminuyó el FeNO y las agudizaciones, aunque no hubo mejora en la función pulmonar. En el grupo naïve, la función pulmonar mejoró de manera no significativa, además del ACT, FeNO y disminución del número de agudizaciones.

En los pacientes no T2 ($n = 3$), se observó una mejora en la función pulmonar, con un aumento de $190 \text{ ml} \pm 257$ en el FEV1, una mejora de $7 \pm 2,61$ puntos en el ACT, y una reducción en las agudizaciones, con una media de 0,33 agudizaciones en los 6 meses posteriores.

En los pacientes T2 ($n = 7$), también mejoró la función pulmonar, con un aumento de $260 \text{ ml} \pm 312$ en el FEV1 y una mejora de $6,7 \pm 2,13$ puntos en

Tabla 1. Resultados de variables de la muestra

Variable	6 meses previo tezepelumab	6 meses posterior tezepelumab
Eosinofilia en sangre (cels/ μL)	230 ± 216	$133 \pm 57,7$
FENO (ppb)	$47,9 \pm 68,1$	$39,2 \pm 27,5$
FEV1 (ml)	2464 ± 813	2609 ± 710
ACT	$10,7 \pm 3,68$	$17,5 \pm 5,78$
Agudizaciones	$1,2 \pm 0,5$	$0,11 \pm 0,33$

el ACT. Además, tras 6 meses de tratamiento, presentaron una media de 0 agudizaciones.

Conclusiones

El Tezepelumab se posiciona como una terapia biológica efectiva tanto en el perfil de paciente con inflamación T2 como no T2, disminuyendo las agudizaciones en los 6 primeros meses, mejorando el ACT y mejorando la función pulmonar.

Tabla 2. Resultados de las variables según terapia biológica previa. (p no significativa)

Grupo de Pacientes	FEV1 (ml)	FENO (ppb)	ACT	Agudizaciones	Agudizaciones
Biologico previo	6 meses previo inicio de tezepelumab	2413 ± 342	$70,7 \pm 107$	$10,3 \pm 5,69$	$0,7 \pm 0,58$
	6 meses posterior inicio tezepelumab	2183 ± 424	$52,3 \pm 40,5$	$13,7 \pm 6,66$	0
Naive	6 meses previo inicio de tezepelumab	2486 ± 975	$38,1 \pm 52,8$	$10,9 \pm 3,08$	$1,71 \pm 1,38$
	6 meses posterior inicio tezepelumab	2683 ± 897	$32,7 \pm 20,1$	$19,1 \pm 4,98$	0

142. Experiencia con tezepelumab en pacientes con asma grave no controlada en un hospital de tercer nivel. Tinixara Hernández Hernández, Manuel Mor Martínez, Angelica María Quito Parra, José Daniel Cordero Márquez, Aylaf Latiff Essa, Luis Puente Maestu. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid., Madrid, España*

Introducción

El asma grave no controlada (AGNC) se define como aquella forma de asma que sigue mal controlada a pesar de recibir tratamiento con una combinación de GCI/LABA a dosis elevadas durante el último año, o bien con glucocorticoides orales durante al menos 6 meses en el mismo período. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de tezepelumab, un anticuerpo monoclonal dirigido a la TSLP, una alarmina que actúa en la parte superior de la cascada inflamatoria, en pacientes con AGNC.

Material y métodos

Estudio observacional y prospectivo en pacientes con AGNC, tratados con tezepelumab durante más de 6 meses. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico conforme a los criterios de GEMA (Guía Española del Manejo del Asma), que habían recibido tratamiento previo con GCI/LABA/LAMA y habían tenido exacerbaciones. Se evaluaron las exacerbaciones y su gravedad, la función pulmonar y el control mediante cuestionarios de calidad de vida como el ACT.

Resultados

Se incluyó a 12 pacientes, 9 mujeres (75%) y 3 hombres (25%), con una edad media de 58 años. Nueve eran no fumadores (75%) y tres exfumadores (25%). En cuanto al fenotipo, un paciente presentaba asma T2 alérgica (8,3%), seis pacientes tenían asma T2 eosinofílica (50%) y cinco pacientes con asma no T2 (41,7%). El 50% de los pacientes había experimentado fracaso terapéutico con biológicos previos. Antes de iniciar el tratamiento con tezepelumab, la media del ACT era de 9 y la media de exacerbaciones

anuales era de 2,4, con el 50% de los pacientes requiriendo ingreso en UCI. Tras el tratamiento, el FEV1 aumentó en el 75% de los pacientes (con un incremento medio de 269 ml). El FeNO disminuyó en el 75% de los evaluados con una mediana de 11, siendo la mediana del FeNO previo al tratamiento de 17. El ACT aumentó a una media de 14,4 y el 25% de los pacientes no presentó exacerbaciones siendo la media de las mismas a los 6 meses de inicio de tratamiento de 0.83. Constituye una disminución de las exacerbaciones del 66%. No se reportaron efectos adversos.

Conclusiones

Tezepelumab muestra un impacto positivo en el control del AGNC, con una reducción de exacerbaciones, mejora en la calidad de vida y en la función pulmonar. Además, no se registraron efectos adversos ni se suspendió el tratamiento en ningún paciente. Limitamos el uso de tezepelumab a pacientes con fracaso de otros tratamientos biológicos. Sin embargo, cada vez lo estamos prescribiendo más en pacientes naïve, en los que ha mostrado resultados sumamente prometedores.

174. Asma y comorbilidades en una unidad de asma de difícil control: un estudio descriptivo. Sara Casado Andrés, Carmen Vizoso Gálvez, Blanca María Huéllamo Ruiz, Santiago Muñoz-Nájjar Jackson, Alba García Martínez, Rocío Díaz Campos. *Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid., Madrid, España*

Introducción

El asma de difícil control es una enfermedad crónica que impacta significativamente en la calidad de vida del paciente y el consumo de recursos sanitarios. Se ha descrito una alta prevalencia de comorbilidades relacionadas.

El objetivo del estudio fue describir la prevalencia de las comorbilidades más habitualmente relacionadas con asma en una consulta monográfica de Asma de Difícil Control.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo incluyendo pacientes con asma persistente moderada y grave valorados en la unidad de Asma de Dificil Control de un hospital terciario entre diciembre de 2023 y abril de 2024. Se registraron variables demográficas, gravedad, y fenotipo del asma según la Guía Española para el Manejo del Asma 5.4, pruebas funcionales respiratorias y comorbilidades relacionadas con asma: enfermedad nasosinusal (rinosinusitis y poliposis nasal), enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), obesidad, apnea obstructiva del sueño (AOS), trastorno ansioso-depresivo, obstrucción laríngea inducible (OLI), síndrome de hiperventilación, dermatitis atópica y bronquiectasias. Se realizó un análisis estadístico descriptivo con STATA 14.1 MP.

Resultados

Se incluyeron 187 pacientes. Sus características se presentan en la Tabla 1. La comorbilidad más prevalente fue la enfermedad nasosinusal, en un 52,41% de los pacientes de los cuales el 30,61% presentó poliposis nasal. Las siguientes en prevalencia fueron la ERGE (48,13%), la AOS (41,18%) y el trastorno ansioso-depresivo (29,95%). Figura 1. En los pacientes con asma persistente moderada la comorbilidad más prevalente fue la enfermedad nasosinusal (55,1%). En los pacientes con asma persistente grave fueron la ERGE (52,9%) y la enfermedad nasosinusal (51,45%). Figura 2. El 94,11% de los pacientes presentó al menos una comorbilidad, el 56,15% presentó tres o más.

Tabla 1. Características de la población a estudio

n = 187	
Edad (mediana, RIQ)	60 (47-71)
Hombres, n (%)	56 (29,95%)
Tabaquismo, n (%)	
Fumadores	27 (14,44%)
Exfumadores	74 (39,57%)
No fumadores	86 (45,99%)
Asma	
Persistente moderada, n (%)	49 (26,20%)
Persistente grave, n (%)	138 (73,80%)
Fenotipo asma grave	138 (73,80%)
No T2	24 (17,4%)
T2	113 (82,6%)
Asma grave T2	113 (82,6%)
Eosinofílico	70 (61,95%)
Alérgico	10 (8,85%)
Eosinofílico - alérgico	34 (29,2%)
FEV1 mL (media, RIQ)	2358,422 (1770-2990)
FEV1% (media, RIQ)	86,83% (72-102%)
Enfermedad nasosinusal, n (%)	98 (52,41%)
Con poliposis, n (%)	30 (16,04%)
ERGE, n (%)	90 (48,13%)
AOS, n (%)	77 (41,18%)
Trastorno ansioso – depresivo, n (%)	56 (29,95%)
Síndrome de hiperventilación, n (%)	54 (28,88%)
Bronquiectasias, n (%)	44 (23,53%)
Dermatitis atópica, n (%)	16 (8,56%)
Obstrucción laríngea inducible, n (%)	1 (0,53%)

FEV1: Volumen espiratorio forzado durante el primer segundo; ERGE: Enfermedad por reflujo gastroesofágico; AOS: Apnea obstructiva del sueño.

Comorbilidades en asma (%)

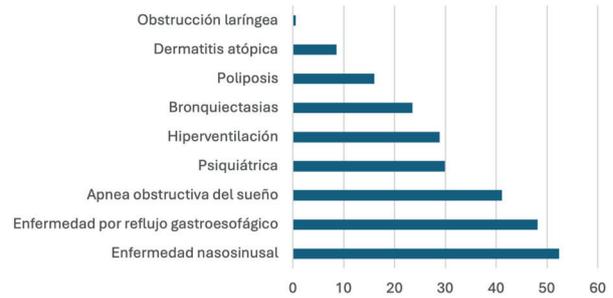


Figura 1. Prevalencia de comorbilidades.

Conclusiones

- La mayoría de los pacientes de nuestro estudio (94,11%) presentó al menos una comorbilidad, siendo frecuente la multimorbilidad.
- Las comorbilidades más frecuentes fueron la enfermedad nasosinusal, la ERGE y la AOS.
- La alta prevalencia de comorbilidad y multimorbilidad subrayan la importancia del manejo integral y multidisciplinar del paciente asmático.

Cirugía

66. Tratamiento de tumores carcinoides endobronquiales mediante fibrobroncoscopia flexible con láser CO2. Isabel Antoñanzas Fayos, Paloma Rofso Raboso, Hector Milián Goicoechea, José Luis García Fernández, Carlos Carbonell Colomer, Ramón Moreno Balsalobre. *Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España*

Introducción

Los tumores carcinoides bronquiales representan entre el 1-2% de los tumores pulmonares. Se clasifican en típicos, atípicos, neuroendocrinos de células grandes y de células pequeñas. Aunque la cirugía sigue siendo el Gold Standard en el tratamiento de estos tumores, las técnicas broncoscópicas han emergido como alternativas menos invasivas, especialmente en pacientes con comorbilidades que imposibilitan la cirugía.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de carcinoma bronquial tratados mediante fibrobroncoscopia flexible con láser CO2 entre 2000 y 2024 en el Hospital Universitario La Princesa. Se analizaron edad, sexo, antecedentes, características tumorales (localización, tamaño, subtipo histológico, estadificación TNM), y evolución clínica. Se evaluaron síntomas como disnea, tos y hemoptisis, junto con complicaciones postprocedimiento y resultados a largo plazo (recidiva local, metástasis a distancia, supervivencia libre de enfermedad y global).

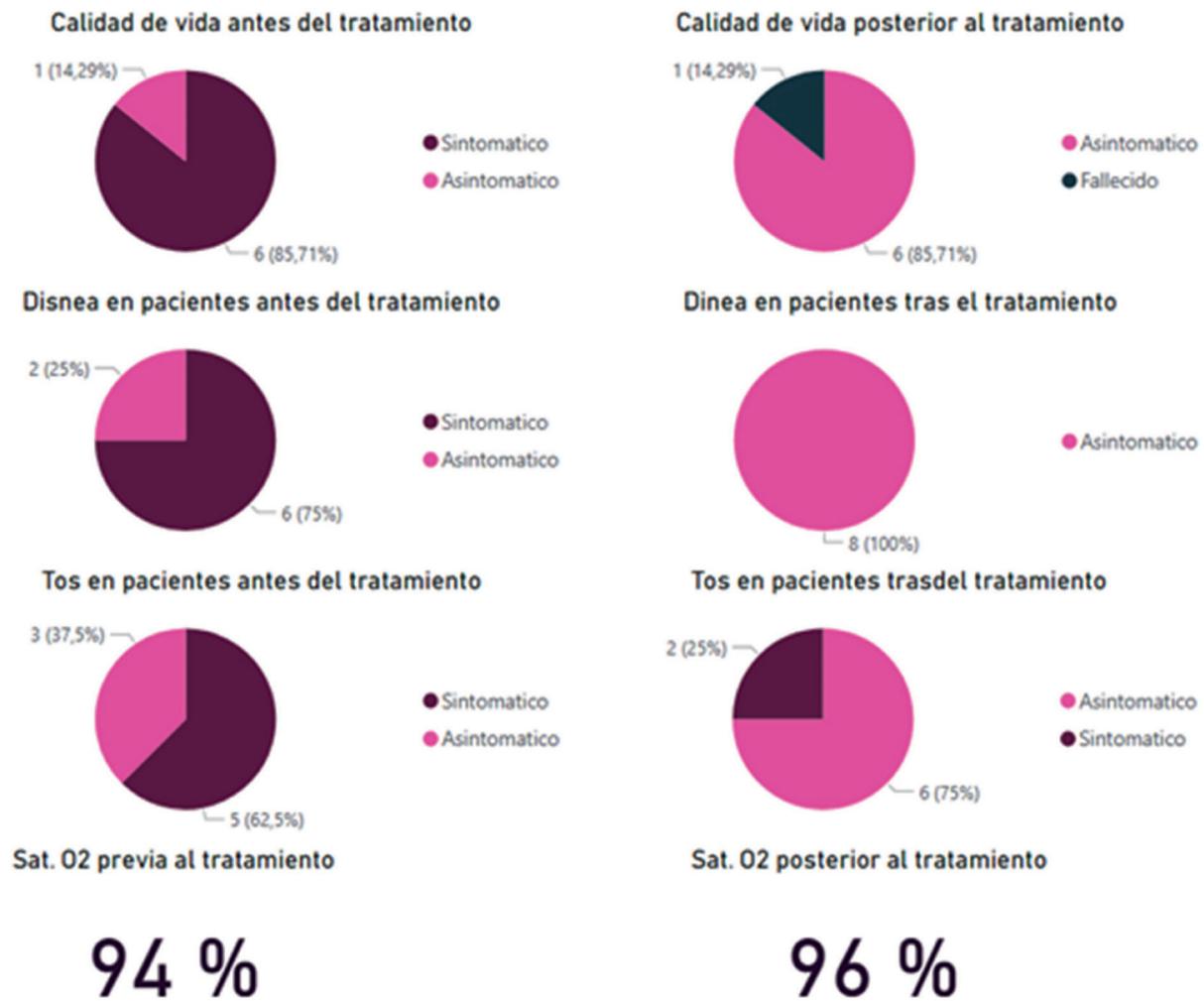
Resultados

Se analizaron 8 pacientes (62,5% mujeres; media de edad: 63 años). El 87,5% presentaban un tumor carcinóide típico y el resto atípicos. El 75% presentaban síntomas, principalmente tos (75%), disnea (50%) y hemoptisis (47,5%). Los tumores se localizaron mayoritariamente en el árbol bronquial izquierdo, con un tamaño promedio de 13 x 10 mm. Según la clasificación TNM, el 87,4% eran estadios IA2 y el 12,6% en IA3.

Se realizaron, en promedio, tres sesiones de láser CO2 por paciente y posterior extracción de la lesión residual. Se produjo una reducción significativa del tamaño en el 75% de los casos y en el 25% restante se estabilizó, logrando una mejora sintomática en todos los pacientes. No se registraron complicaciones relevantes tras los procedimientos. La supervivencia global hasta la fecha actual fue del 87,5% y la supervivencia libre de enfermedad del 62,5%. Solo un paciente (12,5%) presentó metástasis a distancia.

Conclusiones

La fibrobroncoscopia flexible con láser CO2 es una técnica segura y eficaz para tratar tumores carcinoides bronquiales, especialmente en pacientes no aptos para cirugía. Ofrece control tumoral satisfactorio y mejora de síntomas sin complicaciones asociadas.



67. Estudio de prevalencia de nódulos pulmonares incidentales durante la pandemia COVID-19. Isabel Antoñanzas Fayos¹, Paloma Rofso Raboso¹, Daniela Brazão De Castro Dos Santos Lourenço¹, Isabel Cal Vázquez¹, José Luis García Fernández², Ramón Moreno Balsalobre¹. ¹Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España, ²Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

Introducción

El cáncer de pulmón es el más mortal a nivel global, con una supervivencia a 5 años inferior al 20%. Su cribado mediante TCBD (tomografía computarizada de baja dosis) mejora el pronóstico al permitir un diagnóstico precoz. Estudios como el NLST (EE. UU.) y NELSON (Europa) han demostrado su eficacia en poblaciones de riesgo, reduciendo la mortalidad global por este tipo de cáncer en un 20%. Durante la pandemia COVID-19, el uso masivo de TAC para evaluar neumonías virales generó un gran volumen de imágenes, permitiendo identificar incidentalmente nódulos pulmonares con características sospechosas de malignidad.

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de nódulos pulmonares sospechosos en pacientes hospitalizados por COVID-19 y validar los criterios NELSON y NLST en nuestra muestra poblacional.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo unicéntrico en el que se incluyeron 459 pacientes hospitalizados por COVID-19 (2020-2023) a los que se les realizó TAC torácico por diversos motivos durante el ingreso. Se evaluó la presencia de nódulos pulmonares que cumplían unos criterios radiográficos específicos de malignidad (establecidos previamente) y se estratificó a la muestra según criterios de inclusión de los estudios NELSON y NLST.

Resultados

La prevalencia global de nódulos pulmonares sospechosos de malignidad fue del 1,3% (6 casos). Tras la estratificación, esta prevalencia ascendió al 3,3% en el grupo NELSON (n = 120) y al 3,9% en el grupo NLST (n = 77), cifras comparables a las de los estudios originales (2,6% y 3,9%, respectivamente). Los hallazgos asociados incluyeron adenopatías mediastínicas en el 83% y derrame pleural y enfisema en el 50%.

Conclusiones

La prevalencia detectada en nuestra muestra valida la aplicabilidad de los criterios de cribado aplicados en los estudios NELSON y NLST. Estos resultados refuerzan la utilidad del cribado con TCBD para el diagnóstico precoz del cáncer de pulmón. Sin embargo, son necesarios estudios adicionales para analizar falsos positivos y negativos, así como el impacto económico y logístico de su implementación.

69. N2 incidental en pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas estadios clínicos IA-IIIa. Carlos Carbonell Colomer, José Luis García Fernández, Isabel Cal Vázquez, Héctor Milián Goicoechea, Paloma Rofso Raboso, Ramón Moreno Balsalobre. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, Madrid, España

Introducción

El objetivo principal del estudio es describir la frecuencia del N2 incidental mediante confirmación histopatológica en pacientes con cáncer de pulmón en estadios clínicos IA-IIIa y estadificación clínica mediastínica N1-N0 tras ser sometidos a cirugía con intención curativa.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo en el que se han incluido pacientes con nódulo pulmonar maligno o sospechoso de malignidad, sometidos a cirugía con intención curativa (Neumonectomía, bilobectomía, lobectomía y resección en cuña) con linfadenectomía hiliomediastínica entre 2020 y 2024. SE excluyeron pacientes que recibieron neoadyuvancia y aquellos con diagnóstico de benignidad en la pieza quirúrgica.

Se han recogido variables relacionadas con el cTNM, SUV_{máx} y los métodos de estadificación prequirúrgica del mediastino y se han estudiado los resultados histopatológicos de la pieza quirúrgica comparándolos con la estadificación clínica.

Resultados

Se analizaron un total de 177 pacientes. La edad mediana de la muestra fue de 68 años, y el 56,5% de los pacientes fueron varones. Respecto al hábito tabáquico, el porcentaje de pacientes fumadores, no fumadores y ex fumadores en nuestra muestra fue de 36,7%, 19,2% y 44,1% respectivamente.

Respecto a las características de la intervención quirúrgica se realizó lobectomía en el 88,1% de los casos, bilobectomía en el 3,4%, Neumonectomía en el 1,1% y resección segmentaria atípica en el 7,3% de los casos. Los abordajes realizados fueron: cirugía videotoracoscópica (89,3%), cirugía abierta (7,9%) y cirugía robótica (2,8%). La mediana de estaciones ganglionares mediastínicas e hiliares resecaadas fue de 3 y 2 respectivamente, siendo 6 la mediana de ganglios analizados.

En el 75,3% de los casos el tumor fue adenocarcinoma, mientras que la frecuencia del carcinoma epidermoide, células grandes y tumor carcinoide típico fue de 15,3%, 3,4% y 5,6% respectivamente.

La estadificación mediastínica prequirúrgica se realizó mediante PET-TC en el 84,7% de los casos, EBUS en el 11,3% y TAC en el 4% de los pacientes, mientras que la mediastinoscopia no se empleó en ningún paciente de nuestra muestra. El fallo diagnóstico, definido como cN ≠ pN, se encontró en 32 casos (18,1% de la muestra), de los cuales fueron 16 pN1 (9,8%) y 18 pacientes con pN2 incidental (10,2%). De esos casos, se ha visto que la mayor discordancia se da en tumores T2b 14 (70%) y T3 18 (75%).

Conclusiones

De los 170 pacientes que fueron estudiados prequirúrgicamente por PET-TC, el 74,7% coincidieron estadificación clínica y patológica, por lo que tiene una alta rentabilidad diagnóstica en nuestro centro salvo para tumores T2b y T3 donde se apreció una menor concordancia en la estadificación. Por lo que probablemente requieran una estadificación clínica invasiva.

87. Complicaciones extrapulmonares en pacientes trasplantados de pulmón con supervivencia prolongada. Javier De Mingo Moreno, María Teresa Lázaro Carrasco, Álvaro Vidal Huerta, Myriam Aguilar Pérez, Beatriz Jara Chinarro, Carlos Almonacid Sánchez. *Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid., Madrid, España*

Introducción

Las complicaciones extrapulmonares no infecciosas en pacientes trasplantados de pulmón son frecuentes, sobre todo en aquellos pacientes que llevan varios años trasplantados. Estas complicaciones pueden aumentar la morbimortalidad y afectar a la evolución del injerto.

Material y métodos

Estudio descriptivo, longitudinal, observacional y retrospectivo que incluyó a todos los pacientes trasplantados en el "Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda" desde septiembre de 2008 hasta diciembre de 2017, que no fallecieron antes de los 5 años tras el trasplante.

Resultados

Se estudiaron 211 pacientes con una supervivencia media de 10,4 años. En total se registraron 482 complicaciones. La más frecuente fue la enfermedad renal crónica (ERC), presentándose en 111 pacientes (52,6%), seguida de la hipertensión arterial (HTA) en 78 pacientes (37%). La complicación metabólica más común fue la diabetes mellitus (DM) en 66 pacientes (31,3%), junto con la dislipemia (DL) en 48 pacientes (22,7%). La enfermedad coronaria afectó a 11 pacientes (5,1%), de los cuales 7 (63,6%) tenían al menos un factor de riesgo cardiovascular. La complicación neurológica más frecuente fue el accidente cerebrovascular (ACV), presente en 28 pacientes (13,3%), y la digestiva, el reflujo gastroesofágico (RGE) en 32 pacientes (15,2%). Se diagnosticaron un total de 61 neoplasias postrasplante en los 211 pacientes, siendo los tumores cutáneos los más comunes (14,7%), el carcinoma de células escamosas fue el tipo más frecuente (10,5%).

Conclusiones

Más del 88% de los pacientes trasplantados pulmonares presentaron, al menos, una de las complicaciones estudiadas. La ERC fue la más frecuente, seguida de la HTA. Más del 60% de los pacientes con enfermedad coronaria postrasplante tenían, al menos, un factor de riesgo cardiovascular. La complicación neurológica más frecuente fue el ACV, y la digestiva, el RGE. Los tumores cutáneos fueron los más prevalentes entre los pacientes diagnosticados de neoplasia.

146. Evolución de las resecciones pulmonares y abordaje quirúrgico en un hospital de tercer nivel durante los últimos 5 años. Luis Carlos Lomanto Navarro, Elena Vilchez Pernías, Alberto Cabañero Sánchez, Jose Deymar Lozano Ayala, Cristina Regina Martínez Griño, Usue Caballero Silva. *Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid., Madrid, España*

Introducción

En los últimos años, distintas publicaciones sobre el tratamiento quirúrgico del carcinoma broncogénico de célula no pequeña, han descrito que las resecciones sublobares pueden ser un tratamiento equivalente a la lobectomía en estadios precoces de la enfermedad (tumores menores de 2 centímetros, sin afectación ganglionar y con buen margen de resección).

El objetivo es analizar la evolución de las diferentes técnicas de resección pulmonar y la vía de abordaje en la cirugía de las neoplasias pulmonares en nuestro servicio.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo, sobre una base prospectiva. Se analizaron los pacientes sometidos a resección de parénquima pulmonar por enfermedad oncológica primaria o metastásica, desde agosto de 2018 hasta agosto de 2023.

Se recogieron el tipo de resección pulmonar y el abordaje quirúrgico final de la intervención. Se incluyeron las bilobectomías en el grupo de lobectomías.

Resultados

En el análisis descriptivo se objetiva una tendencia al aumento de las segmentectomías anatómicas, con cifras del 8% en 2019, que se incrementa hasta un 22,5% en 2023. En cuanto a las lobectomías, se observa un porcentaje del 53,5% en 2019, con un ligero descenso al 49% en 2023.

Las segmentectomías atípicas describen también una tendencia descendente, partiendo en 2019 de un 37,6%, finalizando en 2023 con un 30,7%.

En cuanto al abordaje quirúrgico, el análisis describe una clara disminución en el porcentaje de cirugía abierta, partiendo en 2019 en un 14,1%, terminando el 2023 en un 3,8%.

Se objetiva un aumento en el porcentaje de la cirugía videoasistida, con valores del 85,9% en 2019, ascendiendo hasta el 94,8% en 2022. En 2023, no obstante, se observa un ligero descenso de este abordaje en concordancia con la aparición de la cirugía robótica, la cual acumula un 5,1% en el mismo año.

Conclusiones

En nuestro medio, objetivamos un aumento en el porcentaje de resecciones anatómicas sublobares en los últimos años, especialmente a expensas de las segmentectomías anatómicas. Asimismo, el estudio describe una discreta disminución en el porcentaje total de lobectomías y segmentectomías atípicas, así como un porcentaje estable de neumonectomías.

En cuanto al estudio del abordaje quirúrgico, se objetiva un claro aumento de la cirugía videoasistida respecto a la cirugía abierta. Y vemos la entrada de la cirugía robótica en 2023 con un porcentaje mayor ya respecto a la cirugía abierta.

Frecuencias de resecciones pulmonares en el tiempo

	Año de intervención	2019	2020	2021	2022	2023
Resección	Lobectomía	114 53,5%	85 45,9%	101 50%	135 53%	134 49%
	Segmentectomía anatómica	17 8%	24 13%	26 12,9%	50 19,9%	66 22,5%
	Segmentectomía atípica	80 37,6%	72 38,9%	70 34,7%	61 24,3%	90 30,7%
	Neumonectomía	2 0,9%	4 2,2%	5 2,5%	5 2%	3 1%

Frecuencia en porcentaje y en números totales de los abordajes quirúrgicos en el tiempo

		2019	2020	2021	2022	2023
Abordaje	Abierta	30 14,1%	25 13,5%	16 7,9%	13 5,2%	11 3,8%
	VATS	183 85,9%	160 86,5%	185 91,6%	239 94,8%	267 91,1%
	RATS	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	15 5,1%

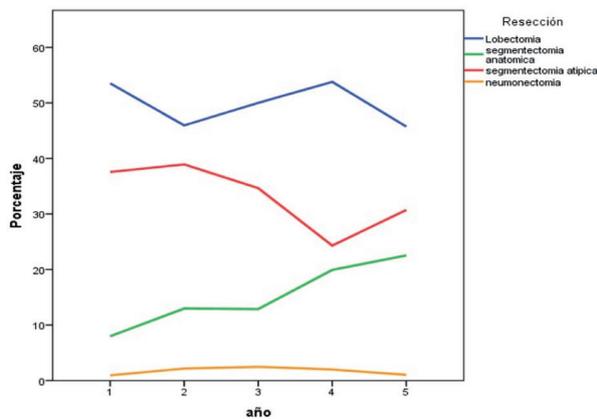


Gráfico 1. Distribución en porcentaje del tipo de resección pulmonar en el tiempo.

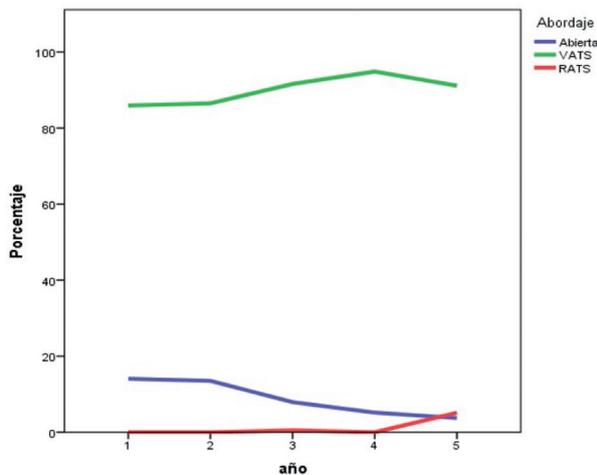


Gráfico 2. Frecuencia en porcentaje de los abordajes quirúrgicos en el tiempo.

187. Estimación de la prevalencia de la Apnea obstructiva del Sueño en una muestra poblacional de pacientes sometidos a cirugía de resección pulmonar. Oirelvis Antonio Serra Espinosa¹, Carmen Sánchez Matas², Neslon Cuboia Fernando Cuboia³, Claudia Filomena Lemos Netos Dos Santos⁴, María José Roca Calvo², Patricia Martínez Martínez². ¹Facultad de Medicina, Murcia, España, ²Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca", Murcia, España, ³Universidad de Porto, Porto, Portugal, ⁴Servicio de Urología, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

Introducción

La Apnea Obstructiva del Sueño (AOS) es el trastorno respiratorio del sueño más frecuente, con una prevalencia mundial de mil millones de

individuos. En España, se estima que en la población de 30-69 años, alrededor de 26.158.266 personas son AOS. La edad avanzada, el sexo masculino y la obesidad son los principales factores predisponentes. Los test de Epworth, Flemmons y STOP-Bang son herramientas validadas para el cribado, demostrando este último elevado poder predictivo en población quirúrgica. La cirugía de resección pulmonar asocia una elevada morbimortalidad. La AOS se asocia a complicaciones postoperatorias, principalmente respiratorias. Sin embargo, se desconoce la prevalencia preoperatoria de la AOS entre los pacientes sometidos a cirugía de resección pulmonar.

Material y métodos

Estudio transversal observacional descriptivo retrospectivo sobre una muestra de 63 pacientes sometidos a cirugía de resección pulmonar (1 de octubre 2023 - 1 abril 2024) en el servicio de Cirugía Torácica del Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca" de la Región de Murcia (HCUVA) a los que se incluye preoperatoriamente un cuestionario para el cribado de la AOS mediante la aplicación de test de cribado (Epworth, STOP-Bang y Flemmons). Los datos se analizaron de forma descriptiva y mediante análisis

Comparación de características clínicas y demográficas entre pacientes con AOS probable o No AOS

Variables	Total (n = 63)	No AOS (n = 31)	AOS (n = 32)	p
Edad (años) - media (DE)	61 (11.98)	57.8 (14.1)	64.1 (8.6)	0.03
Peso (kg) - media (DE)	78.4 (16.42)	70.2 (13.1)	86.3 (15.5)	< 0.01
Índice de masa corporal (m ²)- media (DE)	28.3 (6.1)	26.1 (5.1)	30.4 (6.3)	< 0.01
Sexo				
Femenino, n (%)	30 (47.6)	22 (71.0)	8 (25.0)	< 0.01
Masculino, n (%)	33 (52.4)	9 (29.0)	24 (75.0)	
Obesidad				
Peso Normal, n (%)	17 (27.0)	13 (41.9)	4 (12.5)	0.02
Sobrepeso, n (%)	28 (44.4)	13 (41.9)	15 (46.9)	
Obesidad, n (%)	18 (28.9)	5 (16.1)	13 (40.6)	
Diabetes Mellitus				
No, n (%)	46 (73.0)	27 (87.1)	19 (59.4)	0.01
Si, n (%)	17 (27.0)	4 (12.9)	13 (40.6)	
Hipertensión Arterial				
No, n (%)	35 (55.6)	25 (80.6)	10 (31.3)	< 0.01
Si, n (%)	28 (44.4)	6 (19.4)	22 (68.8)	
Dislipemia				
No, n (%)	41 (65.1)	24 (77.4)	17 (53.1)	0.04
Si, n (%)	22 (34.5)	7 (22.6)	15 (46.9)	
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica				
No, n (%)	56 (88.9)	30 (96.8)	26 (81.3)	0.05
Si, n (%)	7 (11.1)	1 (3.2)	6 (18.8)	

DE = Desviación estándar; IQR = Intervalo intercuartílico; P-value < 0.05 la diferencia es estadísticamente significativa.

	Criterio de AOS con 2 o más test positivos "AOS probable"	AOS por test de STOP-BANG
Sexo	RR 2.73 [1.45 – 5.12] IC = 95%	RR 1.82 [1.25 – 2.64] IC = 95%
Edad Mayor de 61 años	RR 1.25 [0.76 – 2.04] IC = 95%	RR 1.45 [1.04 – 2.03] IC = 95%
Circunferencia Total del Cuello	RR 1.91 [1.39 – 2.61] IC = 95%	RR 1.72 [1.39 – 2.61] IC = 95%
Hipertensión arterial	RR 2.75 [1.57 – 4.81] IC = 95%	RR 2.06 [1.57 – 4.81] IC = 95%
Dislipemia	RR 1.64 [1.04 – 2.61] IC = 95%	RR 1.36 [1.02 – 1.81] IC = 95%
Diabetes Mellitus	RR 1.85 [1.20 – 2.86] IC = 95%	RR 1.64 [1.30 – 2.07] IC = 95%
Complicaciones respiratorias	RR 1.36 [0.481 – 3.82] IC = 95%	RR 1.55 [1.26 – 1.89] IC = 95%

estadístico inferencial por subgrupos: Probable AOS/No AOS. Además, utilizamos la prueba de Chi-cuadrado para estimar el riesgo relativo (RR) y la Odds ratio (OR). Realizamos el análisis de concordancia utilizando los coeficientes de Cohen y Kappa Fleiss.

Resultados

63 pacientes sometidos a cirugía de resección pulmonar con un seguimiento de 1-6 meses. Relación hombre: mujer 33:33, edad media de 61 años. Índice de masa corporal $\leq 25 \text{ kg/m}^2$ "normal" (27%), hipertensión arterial (44%), diabetes mellitus (24%) y dislipemia (32%). El abordaje quirúrgico más frecuente: cirugía mínimamente invasiva mediante mini-toracotomía videoasistida o VATS (81%). Prevalencia de la AOS según el test de STOP-Bang 71.4%; por Test de Flemmons, 50.8%; por Test de Epworth, 1.6% y según el "Criterio de AOS" por dos o más test positivos, 51%. El análisis por subgrupos: diferencias estadísticamente significativas en el subgrupo de "AOS probable" para las variables: edad, sexo masculino, IMC > 30, diabetes mellitus, HTA, dislipemia y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Estudio de estimación de riesgo: Aumento del riesgo de la AOS en varones, edad > 61 años, factores de riesgo cardiovascular y el incremento de un 1cm en la circunferencia total del cuello según "Criterio de AOS" con dos o más Test positivos, sobreañadiéndose las complicaciones respiratorias en el "AOS probable".

Conclusiones

La prevalencia de AOS aplicando el criterio de dos o más pruebas de cribado de AOS positivas es del (51%). El STOP-Bang es la prueba de mejor correlación con el diagnóstico probable de AOS y con las complicaciones puramente respiratorias, por lo que su negatividad permite predecir un bajo riesgo de complicaciones.

Comunicaciones orales

15. Análisis de fenotipos en pacientes con infección bronquial crónica tratados con antibióticos nebulizados: estudio de cohorte retrospectivo multicéntrico en España (estudio inbreathing). Beatriz Raboso Moreno¹, Ivan D. Benítez², Marta Erro Iribarren³, Guillermo Suarez Cuartín⁴, David De La Rosa Carrillo⁵, Jessica González Gutierrez⁶. ¹Hospital Universitario de Getafe, Madrid; ²Universidad Europea de Madrid, Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud., Madrid, España., ³Investigación Traslacional en Medicina Respiratoria, Hospital Universitario Arnau de Vilanova y Santa María, IRBLLeida, Lleida; ⁴CIBERES, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España., ⁵Barcelona, España., ⁶Hospital Universitario Puerta del Hierro, Madrid, España., ⁷Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España., ⁸Barcelona, España., ⁹CIBERES, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.; ¹⁰Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España., ¹¹Barcelona, España., ¹²Investigación Traslacional en Medicina Respiratoria, Hospital Universitario Arnau de Vilanova y Santa María, IRBLLeida, Lleida, España.; ¹³CIBERES, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España., ¹⁴Barcelona, España.

Introducción

El fenotipo clínico de los pacientes con infección bronquial crónica (IBC) puede predecir la respuesta al tratamiento con antibióticos nebulizados (AN).

Material y métodos

Estudio retrospectivo multicéntrico realizado en España, que incluyó pacientes con IBC tratados con AN entre enero de 2018 y junio de 2024. Se recopilaron datos sociodemográficos, clínicos y radiológicos. Se evaluaron los cambios en las exacerbaciones, los síntomas y la tolerancia tras un año de tratamiento con AN. Se identificaron y validaron diferentes fenotipos, y se desarrolló un modelo predictivo de exacerbaciones.

Resultados

Se incluyeron 402 pacientes, con una edad media de $71,6 \pm 13,3$ años, de los cuales el 55,2 % eran varones. El 77,8% tenían bronquiectasias y el 39,6% EPOC. El AN más utilizado fue colistina (72,9%). Tres fenotipos fueron identificados y validados (Figura 1): Fenotipo 1: Función pulmonar preservada (FEV_1 93,9% [13,8]), predominantemente mujeres con bronquiectasias; Fenotipo 2: Función pulmonar moderadamente afectada (FEV_1 62,6% [25,1]), pacientes con EPOC y bronquiectasias; Fenotipo 3: Función gravemente deteriorada (FEV_1 35,9% [8,26]), en pacientes mayores con EPOC y comorbilidades.

Después de un año de seguimiento, el fenotipo 3 mostró mayor riesgo de exacerbaciones ($63,8\% \geq 1$ exacerbación), más efectos adversos y mayor abandono del tratamiento (33%). El modelo multivariante para las exacerbaciones post-AN identificó factores como las exacerbaciones previas (OR 1,37 [1,19–1,59]), bronquiectasias varicosas/quísticas (OR 1,84 [1,08–3,16]),

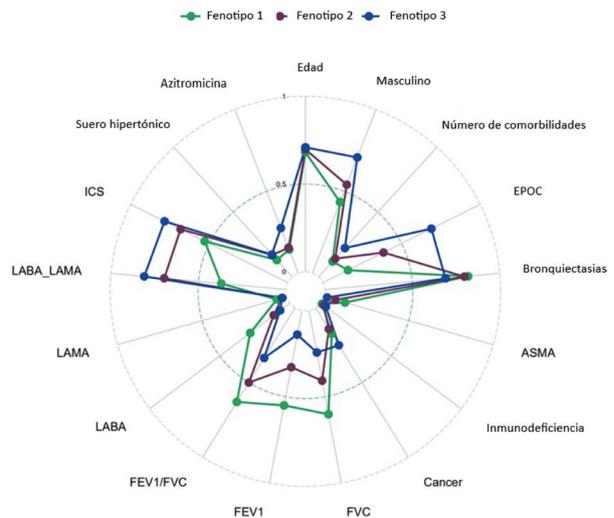


Figura 1. Características clínicas de los Fenotipos. Gráfico de radar que muestra la prevalencia o la media estandarizada (0–1) de las características agrupadas para la identificación de fenotipos clínicos. Abreviaturas: EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FVC, capacidad vital forzada; FEV1, volumen espiratorio forzado en 1 segundo; ICS, corticosteroides inhalados; LABA, agonista beta2 de acción prolongada; LAMA, antagonista muscarínico de acción prolongada.

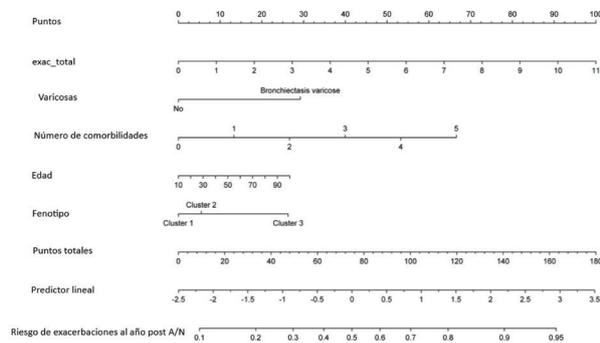


Figura 2. Normograma para predecir riesgo de exacerbaciones después de un año de AN.

comorbilidades (OR 1,48 [1,11–2,01]), edad (OR 1,01 [0,99–1,03]) y el fenotipo 3 (OR 2,36 [1,27–4,42]). Para facilitar la aplicación clínica, se desarrollaron una aplicación web interactiva (<https://trrm.shinyapps.io/NAscore>) y un normograma (Figura 2).

Conclusiones

Se identificaron tres fenotipos clínicos de IBC con implicaciones pronósticas relevantes para la respuesta a los AN. Además, se desarrolló un modelo predictivo para las exacerbaciones post-AN.

21. El tratamiento con triple terapia moduladora de CFTR y sus consecuencias en la densidad mineral ósea en la fibrosis quística. Angel Luis Martín Fito, Guillermo Ansede Bordonaba, Marta Solís García, Rosa Mar Gómez Punter, Rosa María Girón Moreno, Julio Ancochea Bermúdez. *Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España*

Introducción

La fibrosis quística (FQ) es una patología genética autosómica recesiva con afectación multisistémica. Una de las consecuencias de la enfermedad es la posible alteración del metabolismo óseo. Una reducción en la densidad mineral ósea (DMO) podría incrementar el riesgo de fracturas, por lo que resulta importante su evaluación.

El objetivo del estudio es evaluar la DMO antes y durante la administración del tratamiento con la triple terapia moduladora de la proteína CFTR en pacientes adultos con FQ del Hospital Universitario de la Princesa.

Material y métodos

Se trata de un estudio retrospectivo, unicéntrico, en el que se incluyeron 38 pacientes con FQ de 33 (\pm 8,882) años; siendo el 50% mujeres, de la unidad de adultos del Hospital Universitario de La Princesa. 14 de los pacientes eran homocigotos para la mutación DF508, mientras que el resto eran heterocigotos.

Se analizaron los valores antes de recibir el tratamiento, así como después de 2 años de recibirlo, de DMO, T-score y Z-score obtenidos por densitometría ósea (Hologic® Horizon).

Se denominó osteoporosis a aquellos pacientes que presentaban una desviación estándar (DE) en el T-score o Z-score menor a 2,5 en columna lumbar (g/cm^2), cadera (g/cm^2) o cuello femoral (g/cm^2); osteopenia a aquellos con DE entre -1 y -2,5. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS siendo significativos los valores de correlación $p \leq 0,05$.

Resultados

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el test de T de student realizado entre DMO de cadera y Z-score de cadera y DMO de cuello, previos y posteriores al tratamiento. Se observaron diferencias, no significativas en los resultados Z-score de cuello previo y posterior al tratamiento. No se observaron diferencias significativas en los valores estudiados de columna lumbar. La prevalencia de osteopenia tras 2 años con el tratamiento era del 73%, y en el caso de la osteoporosis del 5,4%.

Conclusiones

En el tiempo estudiado, el tratamiento con fármacos moduladores de la proteína CFTR no mejora la prevalencia de osteopenia y osteoporosis en pacientes con FQ. Los resultados obtenidos sugieren que se produce un

empeoramiento de la DMO, debido probablemente a la asociación que se produce entre la enfermedad y el aumento de edad en los pacientes con FQ, estableciéndose por tanto el estudio mineral óseo por densitometría ósea como parte indispensable en la evaluación de los pacientes con FQ.

Tabla 1. Resultado de análisis estadístico de los resultados obtenidos mediante densitometría ósea, realizado en pacientes con fibrosis quística, antes y tras 2 años de tratamiento con moduladores de la proteína CFTR

	Diferencia entre la media de ambos valores	Valor T	Valor p (bilateral)
DMO columna (g/cm^2) pre tto vs DMO columna post tratamiento	0,040599	1,595	0,120
Z-score columna pre tto vs Z-score columna post tratamiento	0,287440	1,431	0,161
DMO cadera (g/cm^2) pre tto vs DMO cadera post tratamiento	0,074082	3,436	0,002
Z-score cadera pre tto vs Z-score cadera post tratamiento	0,492292	4,994	0,000
DMO cuello (g/cm^2) pre tto vs DMO cuello post tratamiento	0,045782	2,841	0,008
Z-score cuello pre tto vs Z-score cuello post tratamiento	0,313847	2,008	0,053

Tabla 2. Prevalencia de osteopenia y osteoporosis en la muestra analizada de pacientes adultos con FQ, después de más de 2 años con tratamiento con moduladores de la proteína CFTR

	Sano	Osteopenia	Osteoporosis	Total
DM columna (g/cm^2)	16 (43,2%)	19 (51,4%)	2 (5,4%)	37
Cadera total (g/cm^2)	21 (58,3%)	15 (41,7%)	-	36
Cuello femoral (g/cm^2)	13 (58,8%)	20 (38,2%)	1 (2,9%)	34
Total	8 (21,6%)	27 (73%)	2 (5,4%)	37

37. Impacto de la terapia con elexacaftor, tezacaftor e ivacaftor en la evolución antropométrica de pacientes con fibrosis quística. Guillermo Ansede Bordonaba, Ángel Luis Martín Fito, Mateo Hevia Menéndez, Julio Ancochea Bermúdez, Marta Solís García, Rosa María Girón Moreno. *Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España*

Introducción

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad de afectación multisistémica que cursa con insuficiencia pancreática exocrina, produciendo malabsorción de grasas. Esta malabsorción y el alto gasto energético que el trabajo respiratorio supone para estos pacientes, dificulta su ganancia de peso. La introducción reciente de tratamientos moduladores de la proteína reguladora de conductancia transmembrana de FQ, en especial con la triple terapia de elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor (ETI) ha supuesto una mejoría clínica y, en consecuencia, un cambio sustancial en las características antropométricas de los pacientes.

Nuestro objetivo fue evaluar la evolución de las características antropométricas de los pacientes tratados con ETI en nuestra unidad.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó pacientes seguidos en la consulta monográfica de adultos de FQ del Hospital Universitario de La Princesa, y que habían comenzado el tratamiento con ETI.

Se recogieron variables demográficas como el sexo, la edad y genética de los pacientes, y variables antropométricas como el peso, el índice de masa corporal (IMC), el porcentaje graso, la masa grasa en kilogramos (kg), la masa muscular y el área de grasa visceral de cada paciente tanto previo como al año de inicio de la terapia. El análisis estadístico se hizo con SPSS.

Resultados

En el análisis se incluyeron 64 pacientes, con una edad media de 30,79 años ($\pm 9,01$), de los cuales 37 eran varones. Con respecto a la mutación del F508, un 17,3% de los pacientes eran homocigotos. Del total de los pacientes un 88,9% presentaban insuficiencia pancreática, un 28,1% infección bronquial crónica por *Pseudomonas aeruginosa* y 29 pacientes habían iniciado tratamiento con otro modulador antes de comenzar la terapia ETI.

Con respecto a la situación nutricional, se observó un aumento estadísticamente significativo del peso e IMC medio tras 1 año de tratamiento con ETI. Centrándonos en los datos de la impedanciometría, como se observa en la Figura 1, se observó un aumento estadísticamente significativo del porcentaje graso ($p < 0,001$), de la masa grasa total ($p < 0,001$) y del área grasa visceral ($p < 0,001$) al comparar los datos previos y posteriores al inicio de ETI.

Conclusiones

Los pacientes con FQ que se encuentran en tratamiento con ETI mejoran su situación nutricional, demostrando un aumento significativo en el IMC, peso en kg, el porcentaje de masa grasa, masa grasa en kg y área de grasa visceral. Esto hace necesario un seguimiento nutricional estrecho tras inicio del tratamiento.

63. Características de pacientes ingresados en UCRI procedentes de UCI y factores que influyen en la duración del ingreso. Rosa López De Sagredo Paredes, Raul Moreno Zabaleta, Alejandro Moreno Segura, Milangela Rodríguez Valdivieso, Manuel Rocamora Marhuenda, Jose Andrés García Romero De Tejada. *Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, España*

Introducción

Las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) han emergido como una alternativa para pacientes que, por su grado de complejidad, precisan una atención especializada que no se puede ofrecer en una planta convencional. Un grupo particular que se beneficia de esta unidad son aquellos pacientes procedentes de un ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Por ello, el objetivo principal de este estudio ha sido describir las características clínicas de pacientes que ingresan en UCRI tras una estancia previa en UCI, y como objetivo secundario identificar los factores que influyen en la duración de la hospitalización.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de 249 pacientes ingresados en la UCRI del Hospital Infanta Sofía, tras una salida de UCI, desde mayo de 2009 hasta marzo de 2019. Se han recogido: características clínicas, duración de estancia hospitalaria, APACHE, terapia respiratoria recibida, complicaciones, y mortalidad durante el ingreso. Se han realizado análisis estadísticos en programa SPSS 20.0. Para determinar los factores que influyen en la duración del ingreso en neumología se han definido dos grupos:

- Ingreso prolongado en neumología: > 7 días.
- Ingreso corto en neumología: < 7 días.

Resultados

Se han incluido un total 249 pacientes, cuyas características clínicas y demográficas se describen en la tabla 1. La mayoría de los pacientes eran hombres (59,4%) con una media de edad de 64 años. El 41% eran fumadores activos en el momento del ingreso y el 18,9% nunca habían fumado. El 80,7% de los pacientes presentaban al menos una comorbilidad asociada a su patología pulmonar de base, siendo la HTA la más frecuente, seguida de cardiopatía previa y dislipemia. La obesidad (IMC > 30) y una mayor edad del paciente han demostrado relacionarse con un ingreso más prolongado ($p = 0,027$ y $0,028$ respectivamente). Haber requerido tanto VMNI ($p = 0,006$) como VMI ($p = 0,008$) durante el ingreso, así como una puntuación mayor en la escala APACHE al ingreso en UCI ($p = 0,001$) se han relacionado significativamente con un ingreso prolongado. Las complicaciones en UCRI también han supuesto un aumento de la estancia media hospitalaria ($p = 0,003$), destacando la FA (7,2%) y la polineuropatía (5,6%). Un 4,8% de pacientes falleció durante el ingreso y un 10,4% falleció en los siguientes 90 días a este.

Conclusiones

- La obesidad y la edad avanzada se asocian con una mayor duración del ingreso hospitalario.
- Haber requerido soporte con ventilación mecánica invasiva (VMI) o ventilación no invasiva (VMNI) prolongan la estancia hospitalaria.
- La gravedad al ingreso en UCI, medida mediante la escala APACHE, puede predecir la duración del ingreso en neumología, con una relación directamente proporcional.
- La aparición de complicaciones durante el ingreso en UCRI influyen en la duración del mismo.
- La duración del ingreso en UCRI no ha influido en la mortalidad durante este ni a los 90 días posteriores.

103. Estudio pavlov: ensayo clínico aleatorizado sobre el efecto del dispositivo posicional en el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño posicional. María Angelica Yañez Quintero¹, Laura Pozuelo Sánchez², Colaboradores Pavlov³, Colaboradores Pavlov⁴, Colaboradores Pavlov⁵, Irene Cano Pumarega⁶. ¹Hospital Ramon y Cajal, Madrid, España, ²Unidad Funcional de Sueño y Epilepsia. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid, España, ³Alfonso Muriel García⁴, Aldara García Sánchez⁵, Eva Mañas Baena⁵, María Parra Jarque, Jorge Lázaro Galán⁶, Madrid, España, ⁴Susana Perez Casado⁷, Amaia Urrutia Gajate⁸, Francisco Campos Rodríguez⁹, María José Muñoz Martínez¹⁰, Mónica De La Peña Bravo, Madrid, España, ⁵Mireia Dalmases Cleries¹², Ainhoa Alvarez Ruiz De Larinaga¹³, María Teresa Martín Carpi¹⁴, Trinidad Diaz Cambres¹⁵, Olga Meca Birlanga¹⁶, Manuel Sánchez De la Torre¹⁷, Madrid, España, ⁶Unidad Funcional de Sueño y Epilepsia. Neumología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS). CIBERES, ISCIII, Madrid, España

Introducción

La apnea del sueño posicional (AOSP) afecta al 56-75% de los pacientes con AOS. Aunque el tratamiento con CPAP es efectivo, presenta una baja adherencia, lo que plantea la búsqueda de alternativas terapéuticas. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la eficacia y tolerancia del dispositivo posicional (DP) en comparación con la CPAP y determinar si el DP podría inducir una respuesta de condicionamiento clásico (pavloviano) sin su uso activo.

Material y métodos

Ensayo clínico multicéntrico, controlado y aleatorizado (NCT05268471), donde se comparó el uso de un Dispositivo Postural (Nightbalance, Philips) frente a la CPAP en pacientes diagnosticados de AOSP mediante poligrafía respiratoria (PR). Tras seis meses de tratamiento, se repitió la PR y se evaluaron otros parámetros y cuestionarios. Los pacientes que respondieron al tratamiento a los seis meses (IAH residual < 15 eventos/hora y $\geq 50\%$ de reducción de IAH desde el inicio) fueron seguidos tras la suspensión del tratamiento, evaluando el mantenimiento de la respuesta a la semana, al mes y a los tres meses.

Resultados

Se incluyó un total de 184 pacientes con AOSP. Las características basales se muestran en la Tabla 1.

Después de seis meses, 59 pacientes con CPAP (64,1%) y 46 pacientes con DP (50%) cumplieron los criterios de respondedores. El IAH medio (desviación estándar) disminuyó de 23.8 (9.6)/h a 4.6 (4.5)/h en el grupo de CPAP y de 20.8 (7.8)/h a 10.8 (8.9)/h en el grupo de DP, con un efecto ajustado final de 6.51 (IC: 4.02-8.99), lo que apoya la superior eficacia de la CPAP. Las puntuaciones del test de Epworth no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos. En cuanto a la tolerancia, el 22.6% de los pacientes con CPAP abandonaron el tratamiento debido a intolerancia, en comparación con el 3.3% del grupo de DP. El cumplimiento medio fue de 6.0 horas en CPAP y 5.8 horas en DP. Respecto al confort, el 19.6% calificó el tratamiento con CPAP como óptimo, frente al 56,4% del DP. Después de suspender el tratamiento, 20 (33.9%) de los pacientes con CPAP cumplieron los criterios de respondedor después de una semana, disminuyendo a 7 (11,9%) después de un mes, en comparación con 34 (73,9%) y 29 (63%) con el DP, respectivamente. A los 3 meses ningún paciente con CPAP seguía siendo respondedor en comparación con 20 de los 23 DP realizados hasta el momento (87% respecto al mes sin DP).

Conclusiones

La terapia posicional se muestra como un tratamiento efectivo para la AOSP, con mejor tolerancia que la CPAP. Si bien la CPAP redujo más el IAH, el dispositivo postural (DP) ofreció mayor confort y mayor adherencia. Además, muchos pacientes tratados con DP mantuvieron la mejoría incluso tras suspender su uso, sugiriendo un efecto de condicionamiento a largo plazo.

Tabla 1.

Variable	CPAP (n = 92)	Dispositivo posicional (n = 92)
Edad	56.8 (14.1)	51.3 (13.0)
Sexo (Masculino), n (%)	64 (70)	67 (73)
IMC (kg/m ²)	29.4 (4.9)	28.5 (5.1)
Circunferencia del cuello (cm)	40.2 (3.6)	39.7 (3.7)
Perfil Facial - Recto	85 (92)	71 (77)
Perfil Facial - Retrognático	7 (8)	19 (21)
Perfil Facial - Prognático	0 (0)	2 (2)
Escala de Mallampati - I	16 (17)	20 (22)
Escala de Mallampati - II	30 (33)	25 (27)
Escala de Mallampati - III	16 (17)	23 (25)
Escala de Mallampati - IV	29 (32)	24 (26)
Escala de Mallampati - No especificado	1 (1)	0 (0)
Presión arterial sistólica media (mmHg)	129.9 (18.0)	125.5 (15.7)
Presión arterial diastólica media (mmHg)	81.0 (15.4)	83.3 (11.4)
Estado de tabaquismo - Nunca fumador	36 (39)	42 (46)
Estado de tabaquismo - Fumador actual	18 (20)	21 (23)
Estado de tabaquismo - Exfumador	38 (41)	29 (32)
Consumo de alcohol - No bebedor	38 (41)	45 (49)
Consumo de alcohol - Bebedor regular	9 (10)	11 (12)
Consumo de alcohol - Bebedor ocasional	44 (48)	36 (39)
Consumo de alcohol - No especificado	1 (1)	0 (0)
Hipertensión, n (%)	35 (38)	23 (25)
Diabetes Mellitus, n (%)	7 (8)	8 (9)
Dislipidemia, n (%)	35 (38)	27 (29)
Enfermedad cardiovascular, n (%)	10 (11)	3 (3)
Enfermedad cerebrovascular, n (%)	3 (3)	4 (4)
Enfermedad respiratoria, n (%)	9 (10)	11 (12)
Depresión, n (%)	8 (9)	10 (11)
Ansiedad, n (%)	14 (15)	18 (20)
Neoplasia, n (%)	8 (9)	6 (7)
AHI total, eventos/hora	23.8 (9.6)	20.8 (7.8)
AHI en decúbito supino, eventos/hora	42.0 (18.4)	40.1 (16.3)
Tiempo con SaO ₂ por debajo del 90%, %	10.4 (16.8)	8.5 (17.3)
Puntuación de la escala de somnolencia de Epworth	8.4 (4.4)	9.2 (4.1)
Escala visual analógica	70.4 (19.3)	72.8 (17.1)

109. Proyecto metasleep: impacto del manejo de los trastornos respiratorios durante el sueño en el control de la hipertensión sistémica.

Cristiano Van Zeller¹, Laura Pozuelo Sánchez², Colaboradores Proyecto Metasleep³, Colaboradores Proyecto Metasleep⁴, Irene Cano Pumarega⁵, Ferrán Barbé⁶. ¹Servicio de Neumología. Hospital Universitario Ramón y Cajal., Madrid, España, ²Unidad Funcional de Sueño y Epilepsia. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid, España, ³Jordi De Batlle³, Inmaculada Salvador Adell⁴, Olga Mediano⁵, Laura Cánaves Gómez⁶, María José García Lozano⁷, Eusebi Chiner⁸, Anna Moncussí⁹, Lleida, España, ⁴Ma Sánchez Quiroga M Azpiazu A Roncero M Gonzalez M Sanchez De La Torre, Lleida, España, ⁵Unidad Funcional de Sueño y Epilepsia. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS). Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Madrid, España, ⁶Grupo de Investigación Translacional en Medicina Respiratoria, IRBLLeida, Hospital Universitario Arnau de Vilanova y Santa Maria, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Lleida, España

Introducción

El proyecto METASLEEP busca implementar un sistema de manejo de la hipertensión arterial, poniendo énfasis en la hipertensión nocturna y el patrón non dipper, a través del diagnóstico y tratamiento de los trastornos respiratorios de sueño (TRS), en concreto la apnea obstructiva de sueño (AOS), desde el ámbito de atención primaria (AP).

Material y métodos

Este estudio de cohorte prospectivo, se está realizando en 10 comunidades autónomas de España, con n muestral de 1523 pacientes con hipertensión arterial de reciente diagnóstico y sin antecedentes de AOS.

Se realizará MAPA de 24 horas a todos los pacientes que firmen el consentimiento informado y, en caso de hipertensión nocturna y/o patrón no dipper, se continuará con cuestionarios, muestras biológicas, poligrafías domiciliarias para AOS y el dispositivo Withings Sleep Analyzer para registro nocturno de datos.

Tabla 1. Características principales de los 357 participantes con hipertensión nocturna y/o patrón non-dipper

	n (%) o mediana [p25;p75]
Sexo, mujer	176 (45.0%)
Edad	62.3 [53.8;70.1]
IMC	29.1 [26.3;32.3]
Comorbilidades	
Cardiopatía	55 (17.7%)
Enfermedad respiratoria	57 (18.3%)
Diabetes	62 (20.0%)
Obesidad	137 (44.6%)
Dislipemia	117 (37.6%)
Insuficiencia renal crónica	12 (3.90%)
Tabaquismo	
Activo	61 (19.9%)
Exfumador	117 (38.1%)
Nunca fumador	129 (42.0%)
Paquetes/año	19.4 [10.0;35.4]
Consumo habitual de alcohol	103 (33.7%)
Escala Euroqol de calidad de vida (0-1)	0.79 [0.70;1.00]
Escala de salud autopercebida (0-100)	70 [60;81]
Escala de somnolencia diurna Epworth (0-24)	7 [4;11]
Escala de salud del sueño RU-SATED (0-12)	9 [7;11]
Índice de severidad del insomnio (0-28)	7 [3;12]

La efectividad se evaluará a los 6 y 12 meses con MAPA y cuestionarios, y el análisis de muestras biológicas permitirá identificar perfiles de biomarcadores.

Resultados

En la tabla adjunta (tabla 1) se describen las características demográficas y clínicas iniciales de los 622 pacientes reclutados hasta la fecha. Hasta hoy son 357 pacientes que cumplen criterios de inclusión (52,7% hipertensión nocturna y 39,6% patrón non - dipper).

La edad media recogida es de 62.4 ± 11.9 años, con un 46.9% de mujeres. Se evidencia una elevada proporción de comorbilidades: obesidad (44.6%), dislipemia (37.6%), diabetes (20%) y cardiopatía (17.7%).

Respecto a los hábitos tóxicos, el 19.9% son fumadores activos, con un consumo medio de 19.4 paquetes/año, y el 33.7% consumen alcohol de forma habitual.

En cuanto a la calidad de vida, medida con la escala Euroqol (0-1), se ha obtenido una mediana de 0.79, reportando una calidad de vida relativamente buena. La salud autopercibida, evaluada en una escala de 0 a 100, presenta una media de 70 puntos.

Las escalas de somnolencia diurna de Epworth (0-24), salud del sueño RU-SATED (0-12) e índice de severidad del insomnio (0-28) mostraron medias de 7, 9 y 7, respectivamente, indicando niveles leves de somnolencia e insomnio.

Se ha prescrito CPAP al 28,8% de los pacientes que completaron la prueba diagnóstica de AOS. El 87,2% de los pacientes incluidos en el estudio presentaron un IAH > 5 e/h.

Conclusiones

El estudio METASLEEP ha revelado hasta el momento una alta incidencia de hipertensión nocturna y patrón no dipper, así como una proporción considerable de apnea obstructiva del sueño (AOS) no diagnosticada, en pacientes con hipertensión que no tenían antecedentes de trastornos del sueño. Estos resultados preliminares sugieren que la integración del diagnóstico y tratamiento de la AOS en el manejo de la hipertensión en Atención Primaria podría ser clave para mejorar el control de la presión arterial y disminuir el riesgo cardiovascular a largo plazo. El seguimiento a los 6 y 12 meses permitirá evaluar la eficacia del modelo METASLEEP en la mejora del control de la hipertensión y calidad de vida.

127. Engrosamiento diafragmático en miopatías: un aliado para la detección precoz de la afectación respiratoria. Miguel Jiménez Gómez¹, Javier Sayas Catalán¹, Marta Corral Blanco¹, Gema Carvajal Cuesta¹, Carmen Lorenzo Martínez², Ana Hernández Voth². ¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España, ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid., Madrid, España

Introducción

La afectación respiratoria es una de las principales causas de morbimortalidad en las enfermedades neuromusculares, siendo la hipoventilación nocturna su manifestación más temprana. La capnografía transcutánea nocturna es la prueba de referencia para su detección precoz, aunque su disponibilidad es limitada. Como alternativa, se emplean pruebas funcionales como la espirometría en sedestación y decúbito (capacidad vital forzada -FVC-), la medición de presiones respiratorias (presión inspiratoria máxima -PIM- y presión inspiratoria nasal -SNIP-) y la ecografía diafragmática (fracción de engrosamiento -TF, thickening fraction-). En las miopatías, la afectación respiratoria puede preceder a la muscular esquelética, aunque la evidencia sobre la utilidad de estas pruebas en dicho contexto es limitada.

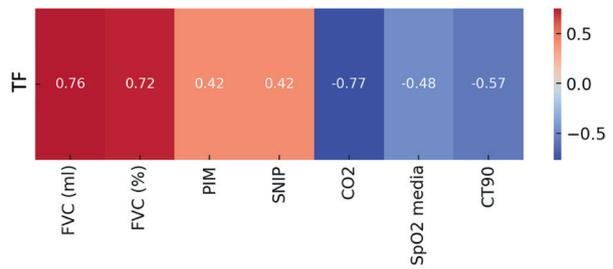
El objetivo del estudio fue valorar la utilidad de la ecografía diafragmática en el seguimiento de pacientes con miopatías, comparándola con pruebas funcionales y capnografía transcutánea.

Material y métodos

Estudio prospectivo en pacientes con diagnóstico confirmado de miopatía en seguimiento en una consulta monográfica de ventilación mecánica de un centro de referencia en enfermedades neuromusculares. Se realizaron pruebas de función respiratoria (FVC, PIM, SNIP) y ecografía diafragmática. En pacientes con sospecha de hipoventilación nocturna y pruebas funcionales dentro de la normalidad, se completó el estudio con capnografía transcutánea nocturna. Se realizó estadística descriptiva y de correlación.

Resultados

Se incluyeron 32 pacientes, de los cuales 20 presentaron signos de hipoventilación. La TF mostró una correlación (gráfica 1) significativa con los parámetros de función respiratoria: FVC en mililitros ($S = 0,75548$, $p < 0,0001$)



CO₂: dióxido de carbono. CT90: tiempo acumulado con saturación de oxihemoglobina por debajo del 90%. FVC: Forced Vital Capacity. PIM: presión inspiratoria máxima. SNIP: sniff nasal inspiratory pressure. SpO₂: saturación periférica de oxígeno.

Gráfico 1. Representación gráfica de la correlación entre la fracción de engrosamiento (TF) y el resto de parámetros funcionales y de capnografía transcutánea nocturna en pacientes con miopatías. Los colores intensos representan una correlación alta (+1, -1), mostrando los más claros una correlación menor (leyenda, margen derecho).

y porcentaje del valor predicho ($S = 0,72427$, $p < 0,0001$), así como la PIM ($S = 0,41806$, $p 0,0143$) y el SNIP ($S = 0,41806$, $p 0,0193$). Gráfico 1. En 8 pacientes se realizó capnografía transcutánea, observándose una correlación negativa entre la TF y el valor medio de CO₂ ($S = -0,76648$, $p 0,0265$), la SpO₂ media ($S = -0,48196$, $p 0,2265$) y el CT90 ($S = -0,57466$, $p 0,1362$).

Conclusiones

La ecografía diafragmática, mediante la determinación de la TF, es una herramienta útil para evaluar la función respiratoria en pacientes con miopatías. Su correlación significativa con la función pulmonar y la hipoventilación nocturna sugiere que podría contribuir a la detección precoz de la afectación respiratoria, facilitando el seguimiento clínico de estos pacientes. y así facilitar el seguimiento.

161. Infección bronquial crónica en un programa de atención al EPOC frágil: un estudio descriptivo. Blanca María Huéllamo Ruiz, Carmen Vizoso Gálvez, Sara Casado Andrés, Marta Padilla Bernáldez, Cristina Almeida Calderero, Ascensión Hernando Sanz. *Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid., Madrid, España*

Introducción

La Infección Bronquial Crónica (IBC) en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se relaciona con mayor inflamación bronquial, exacerbaciones graves más frecuentes y deterioro funcional, impactando en la calidad de vida y la mortalidad. Su identificación y manejo como rasgo tratable es esencial para mejorar los resultados clínicos en esta población.

El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de IBC en los pacientes de un programa de atención al "EPOC Frágil".

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes en seguimiento en un programa de atención al "EPOC Frágil" entre agosto de 2017 y noviembre de 2024. Incluye pacientes con tres o más agudizaciones de EPOC que precisan ingreso hospitalario en un año. Se registraron variables demográficas, clasificación según GesEPOC 2021, pruebas de función pulmonar, presencia de bronquiectasias y tratamiento farmacológico. Se recogieron los aislamientos microbiológicos en cultivo de esputo. Se define IBC como tres o más cultivos consecutivos para un mismo microorganismo potencialmente patógeno (MPP) en al menos 6 meses en muestras separadas por al menos un mes. Se define Infección Bronquial Intermitente (IBI) como cultivos positivos y negativos para un mismo MPP en muestras consecutivas separadas con al menos un mes.

Resultados

Se incluyeron 168 pacientes, de los cuales 91 (54.16%) presentaron aislamientos de MPP en esputo. De ellos, 17 (18.68%) cumplían criterios de IBC y 33 (36.26%) de IBI. La Tabla 1 muestra las características de la población. La Tabla 2 muestra la prevalencia de MPP en los cultivos de esputo de los pacientes con IBC. Los microorganismos causales de IBC más frecuentes fueron *Pseudomonas aeruginosa* sensible (52,94%), seguido de *Pseudomonas aeruginosa* resistente (17,65%). Figura 1.

Conclusiones

- Más de la mitad de los pacientes incluidos en nuestro programa de "EPOC Frágil" presenta aislamientos de MPP. Entre ellos, uno de cada cinco cumple criterios estrictos de IBC.
- El MPP más frecuentemente asociado a IBC es *Pseudomonas aeruginosa*, con una prevalencia no despreciable de *Pseudomonas aeruginosa* resistente.

Características de los pacientes con EPOC frágil, con aislamientos en esputo de MPP e IBC

	n total = 168	n MPP = 91	n IBC = 17
Características generales			
Varón	125 (74.4%)	71 (78.02%)	15 (88.24%)
Edad media (DE)	73.32 (DE 10.20)	74 (DE 10.15)	76 (DE 10.57)
IMC medio (DE)	25,60 (DE 5,60)	25.60 (DE 5.60)	24.68 (DE 5.01)
Características relacionadas con EPOC			
Clasificación GesEPOC (2021)			
Agudizador Eo	110 (65.47%)	60 (65.93%)	11 (64.71%)
Agudizador no Eo	58 (34.52%)	31 (34.07%)	6 (35.29%)
Estado de tabaquismo			
Nunca fumador	3 (1.80%)	2 (2.20%)	1 (5.88%)
Ex fumador	142 (84.50%)	81 (89.01%)	15 (88.24%)
Fumador activo	23 (13.70%)	8 (8.79%)	1 (5.88%)
IPA medio (DE)	63 (DE 34.67)	60.67 (DE 37.69)	62.31 (DE 45.79)
mMRC medio (DE)	3.16 (DE 0.79)	3 (DE 0.70)	3.24 (DE 0)
FEV1 (%) medio (DE)	40.32 (DE 13.21)	40.28 (DE 12.33)	38.72 (DE 11.78)
BODEx medio (DE)	6,36 (DE 1.43)	6,30 (DE 1.31)	6,33 (DE 1.68)
Ingresos y visitas a Urgencias año previo a entrada en programa medio (DE)	4.23 (DE 2.15)	5 (DE .36)	3.5 (DE 0.70)
Bronquiectasias			
No	99 (58.60%)	54 (59.34%)	9 (52.95%)
Engrosamientos bronquiales	27 (16.00%)	14 (15.38%)	2 (11.76%)
Sí	36 (20.40%)	23 (25.28%)	6 (35.29%)
Tratamientos			
Triple terapia inhalada	168 (100%)	91 (100%)	17 (100%)
Acetilcisteína	121 (72.50%)	67 (73.63%)	13 (76.47%)
Azitromicina a días alternos	69 (41.07%)	43 (47.25%)	13 (76.47%)
Roflumilast	12 (7.10%)	9 (9.89%)	1 (5.88%)
Teofilina	46 (27.30%)	23 (25.27%)	7 (41.18%)
Antibioterapia inhalada	19 (11.30%)	17 (18,68%)	5 (29.41%)
Morfina	79 (48.20%)	52 (57.14%)	11 (64.71%)
Rehabilitación	32 (19.20%)	14 (15.38%)	3 (17.64%)

Prevalencia de diferentes aislamientos de MPP en cultivos de esputo de los pacientes con IBC y EPOC Frágil

<i>P. aeruginosa</i> S	13 (76.47%)
<i>P. aeruginosa</i> R	6 (35.29%)
<i>H. influenzae</i> betalactamasa -	6 (35.29%)
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	6 (35.29%)
<i>S. aureus</i> OXA S	4 (25.53%)
<i>Moraxella catarrhalis</i> betalactamasa +	4 (25.53%)
<i>S. aureus</i> OXA R	3 (17.65%)
<i>E. coli</i> S	3 (17.65%)
<i>Serratia marcescens</i>	3 (17.65%)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3 (17.65%)
<i>Achromobacter xylosoxidans</i>	2 (11.76%)
<i>P. putida</i>	1 (5.88%)
<i>P. mosseli</i>	1 (5.88%)
<i>H. influenzae</i> betalactamasa +	1 (5.88%)
<i>H. parahaemolyticus</i>	1 (5.88%)
<i>Proteus mirabilis</i>	1 (5.88%)
<i>Klebsiella aerogenes</i>	1 (5.88%)
<i>Providencia rettgeri</i>	1 (5.88%)
<i>Providencia stuartii</i>	1 (5.88%)
<i>Bordetella pertussis</i>	1 (5.88%)
<i>Achromobacter ruhlandii</i>	1 (5.88%)

- PSEUDOMONAS AERUGINOSA SENSIBLE 9 (52.94%)
- PSEUDOMONAS AERUGINOSA RESISTENTE 3 (17.65%)
- KLEBSIELLA PNEUMONIAE 2 (11.76%)
- STAPHYLOCOCCUS AUREUS SENSIBLE A OXACILINA 1 (5.88%)
- SERRATIA MARCESCENS 1 (5.88%)
- ESCHERICHIA COLI 1 (5.88%)

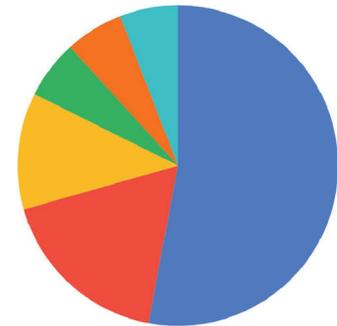


Figura 1. Frecuencia de MPP causales de IBC en EPOC Frágil.

167. ¿Existen diferencias entre diagnosticar apnea obstructiva del sueño durante un ingreso y ambulatoriamente? Fátima Lorena Merchán Molero, Ignacio Contreras Panero, Alejandro León Bayán, Laura Rey Terrón, Eva Arias Arias, Trinidad Díaz Cambriles. *Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Madrid, España*

Introducción

La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una enfermedad infradiagnosticada, y por tanto, debemos optimizar los medios disponibles para su diagnóstico. Tradicionalmente, la polisomnografía (PSG) realizada en un entorno hospitalario se ha considerado el gold standard para su diagnóstico. Sin embargo, presenta limitaciones (disponibilidad limitada de equipos, costos elevados, lista de espera prolongada) que pueden retrasar el diagnóstico y el inicio del tratamiento. Por ello, se han desarrollado equipos domiciliarios que buscan suplir estas limitaciones. Ha sido estudiado que en entornos hospitalarios disminuye la eficiencia del sueño, aumenta el tiempo en supino y en general se altera la calidad del sueño. Además, en ocasiones se aprovecha un ingreso hospitalario para realizar la prueba, sin tener en cuenta

que la situación clínica del paciente ingresado podría alterar el resultado del estudio. Considerando todo lo anterior, desarrollamos un estudio en el que el objetivo principal fue analizar las diferencias en los resultados del estudio de sueño en función del ámbito de realización.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo-analítico y retrospectivo en el que se incluyeron a pacientes que se les realizó estudio de sueño mediante poligrafía respiratoria o watchPAT (tonometría arterial periférica) como prueba diagnóstica ante sospecha de AOS entre enero de 2010 y septiembre de 2024 en un hospital terciario. En total se analizaron los datos de 11101 pacientes. Se realizó estadística descriptiva y analítica entre el subgrupo de estudios hospitalarios (efectuados durante un ingreso hospitalario) y estudios domiciliarios (realizados en la situación basal del paciente).

Tabla 1. Características en función del ámbito de realización de la prueba de apnea obstructiva del sueño

		Ámbito realización prueba diagnóstica		
		Domiciliario n = 9729 (86.7%)	Hospitalario n = 1372 (12.4%)	p
Edad, mediana (RIQ)		62 (53-71)	76 (63.2-87)	0.001 ¹
Sexo	Hombre, n (%)	5961 (61.3%)	704 (51.3%)	0.001 ²
	Mujer, n (%)	3768 (38.7%)	668 (48.7%)	
IMC, mediana (RIQ)		31.2 (27.8-35.3)	32.9 (28.4-38.4)	0.236 ¹
Perímetro cuello, mediana (RIQ)		41 (38-44)	42 (38-44)	0.101 ¹
Escala Epworth, mediana (RIQ)		11 (7-15)	11 (7-15)	0.964 ¹
IAH total, mediana (RIQ)		23 (11-43)	31 (13-54)	0.001 ¹
ODI, mediana (RIQ)		22 (10-41)	29 (12-54)	0.001 ¹
CT90%, mediana (RIQ)		6 (1-28)	27 (3.4-71)	0.001 ¹
Tratamiento que se instaura	Medidas generales, n (%)	2465 (31.1%)	352 (26.5%)	0.001 ²
	CPAP, n (%)	5346 (67.5%)	908 (66.2%)	
	Otros, n (%)	111 (1.5%)	69 (5.2%)	

¹p valor de la prueba U de Mann-Whitney; ²p valor de la prueba chi cuadrado de Pearson.

IMC: índice de masa corporal (kg/m²); IAH: índice de apneas e hipopneas; ODI: índice de desaturación de oxígeno; CT90%: cumulative time below 90%.

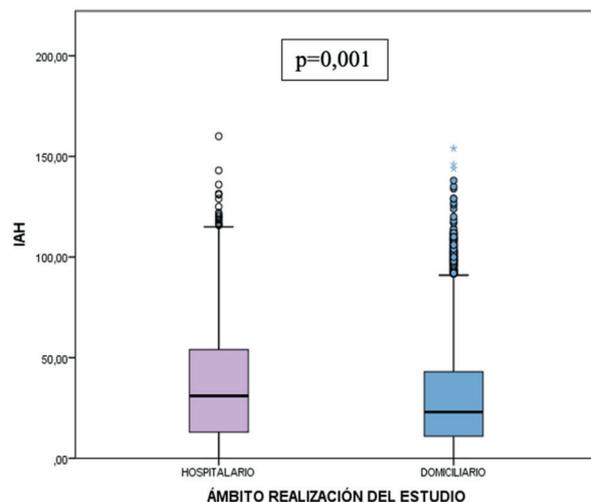


Figura 1. Diferencias en el IAH en función del ámbito de realización del estudio.

Resultados

La mediana de edad fue de 63 (54-73) años, siendo el 60% hombres. La mediana de IMC (índice de masa corporal) fue 31 (27-35) kg/m² y de perímetro de cuello 41 (38-44) cm. En la tabla 1 se muestran los resultados del análisis de las diferencias entre la población que se realizó estudio hospitalario durante un ingreso vs domiciliario. Destaca que a los pacientes mayores se les practicó la prueba en el hospital con más frecuencia (76 y 62 años respectivamente). Se observaron diferencias estadísticamente significativas (p = 0.001) en el IAH total (figura 1), siendo mayor en los estudios de pacientes ingresados [31 (13-54)] con respecto a ambulatorios [23 (11-43)]. El ODI (índice desaturación oxígeno) y el CT90% (cumulative time below 90%) también fueron significativamente mayores en las pruebas hospitalarias (29 y 27 respectivamente).

Conclusiones

En nuestra población existen diferencias entre diagnosticar AOS durante un ingreso hospitalario y diagnosticarlo de manera ambulatoria, siendo mayor el IAH en el grupo de hospitalizados.

24. Punto-pulmón elastográfico, una nueva herramienta para el diagnóstico de neumotórax. Fernando Vargas Ursúa^{1,2}, Cristina Ramos Hernández^{2,2}, José Aguayo Arjona², Guillermo Ansedé Bordonaba¹, Julio Ancochea Bermúdez¹, Alberto Fernández Villar^{3,2}. ¹Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España, ²Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IISGS), Vigo, España, ³Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España

Introducción

La elastografía es una técnica que, gracias a la aplicación de principios físicos como la detección de velocidad de onda o la deformación tras la aplicación de una fuerza externa, es capaz de inferir la elasticidad de un tejido. Esta tecnología se ha ido implementando progresivamente en la Medicina actual, especialmente en el campo de la hepatología, pero también en otros órganos como la mama o tiroides.

En Neumología, esta técnica se ha ido testando en múltiples patologías pulmonares, incluido en el neumotórax. Hay un trabajo publicado en el que los autores demuestran su utilidad para detectar de una manera muy gráfica y sencilla el punto-pulmón mediante el signo "elasto-lung point", no obstante, no existen otras publicaciones que confirmen este hecho o que exploren las posibilidades de la elastografía en neumotórax más allá de ayudar en la detección del punto-pulmón.

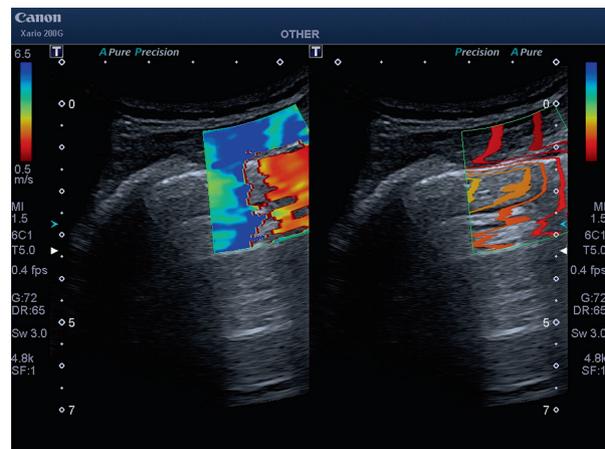
El objetivo de este trabajo es analizar la utilidad de la elastografía para la detección del neumotórax y del punto-pulmón.

Material y métodos

Estudio unicéntrico prospectivo en el que se recogieron 30 pacientes consecutivos ingresados por neumotórax. A cada paciente se le realizó una exploración completa de ambos hemitórax con ecografía y elastografía 2D-SWE por un operador con experiencia en ambas técnicas.

Resultados

Se compararon los resultados de la elastografía de ambos hemitórax (pulmón sano vs neumotórax), sin objetivar diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las mediciones en metros por segundo (m/s), kilopascuales (kPa), score cualitativo de elasticidad y ratio de pulmón/pared torácica.



Ejemplo de punto-pulmón elastográfico.



Ejemplo de punto-pulmón elastográfico.

De los 30 pacientes, se detectó punto-pulmón en 13 de ellos. De estos 13 pacientes, se detectó el "elasto-lung point" en 12 sujetos (12/13, 92%). El índice Kappa fue de 0.932 (concordancia muy buena según la escala de Landis & Koch; $p < 0.001$). El operador indicó que la elastografía fue de ayuda para detectar el punto-pulmón en 5 de los casos (5/12, 42%), en todos los casos para reafirmar que la imagen vista en la ecografía era, como se sospechaba, un punto-pulmón.

Conclusiones

La elastografía pulmonar no es capaz de diferenciar por valores cualitativos o cuantitativos un neumotórax de un pulmón sano, no obstante, sí que se demuestra útil para detectar la presencia del punto-pulmón de una manera mucho más gráfica y sencilla que la ecografía convencional. Este hecho permitirá a los facultativos más inexpertos hallar el punto-pulmón más fácilmente, y, por lo tanto, mejorar sus exploraciones ecográficas.

25. Elastografía pulmonar: ¿es posible diferenciar entre benignidad y malignidad de las consolidaciones pulmonares? Fernando Vargas Ursúa^{1,2}, Cristina Ramos Hernández^{3,2}, José Aguayo Arjona², Alberto Amorós Forner¹, Julio Ancochea Bermúdez¹, Alberto Fernández Villar^{3,2}. ¹Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, Madrid, España, ²Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IISGS), Vigo, España, ³Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España

Introducción

La elastografía es una técnica que, gracias a la aplicación de principios físicos como la detección de velocidad de onda o la deformación tras la aplicación de una fuerza externa, es capaz de inferir la elasticidad de un tejido orgánico. Esta tecnología se ha ido implementando progresivamente en la Medicina actual, especialmente en el campo de la hepatología, pero también en otros órganos como la mama o tiroides. En Neumología se han publicado diferentes estudios para analizar la utilidad de la elastografía en el tejido pulmonar, sin embargo, los resultados a día de hoy siguen siendo discordantes, sobre todo en el campo de las consolidaciones.

El objetivo de este trabajo es ampliar la evidencia acerca de la utilidad de la elastografía en consolidaciones pulmonares.

Material y métodos

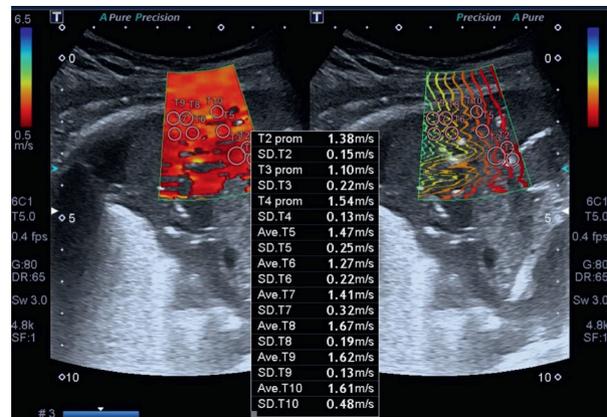
Estudio unicéntrico prospectivo en el que se recogieron 101 pacientes consecutivos con el hallazgo de consolidación en pruebas de imagen (radiografía de tórax o TC), a los cuales se les realizó una exploración dirigida a la consolidación mediante elastografía pulmonar 2D-SWE.

Resultados

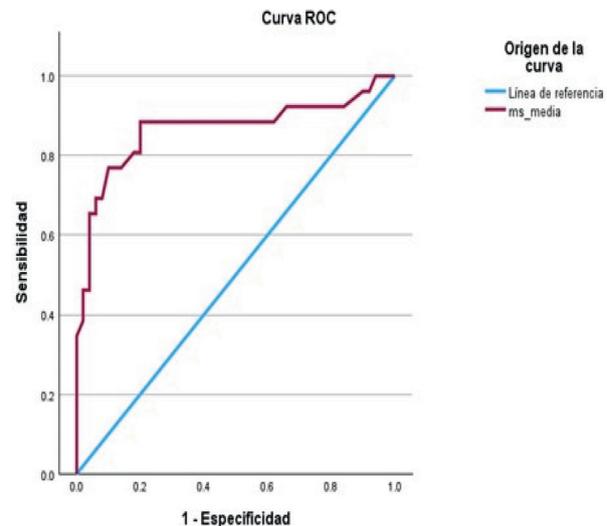
De los 101 pacientes recogidos, se estableció como diagnóstico de las consolidaciones una infección en 68 pacientes (67.3%), neoplasia en 26 pacientes (25.7%), atelectasia en 5 pacientes (5%) e infarto pulmonar en 2 pacientes (2%).

Los resultados de la elastografía pulmonar en metros por segundo (m/s), kilopascascales (kPa) y score cualitativo de elasticidad mostraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis multivariante según la etiología benigna o maligna de la consolidación ($p = 0,028$; $p = 0,028$ y $p = 0,004$; respectivamente). A su vez, los tipos de infección pulmonar también demostraron diferencias estadísticamente significativas en m/s, kPa y score cualitativo de elasticidad (neumonía vs absceso, $p < 0.04$; neumonía vs tuberculosis, $p = 0.018$).

Con estos resultados positivos, se realizaron curvas ROC para determinar el punto óptimo que permite diferenciar entre benignidad y malignidad. Los puntos indicados por el análisis estadístico fueron 1,72 m/s y 9,1 kPa; ambos con una sensibilidad de 89% y especificidad de 80% (índice de Youden 0,685).



Ejemplo de elastografía 2D-SWE en una consolidación pulmonar.



Curva ROC.

Conclusiones

La elastografía pulmonar se ha demostrado útil para diferenciar la benignidad o malignidad de las consolidaciones pulmonares vistas en radiografía de tórax o TC, e incluso para diferenciar entre neumonía y otros subtipos de infecciones como la tuberculosis o el absceso pulmonar.

27. La ecografía pulmonar, imprescindible para el neumólogo contemporáneo. Fernando Vargas Ursúa^{1,2}, Cristina Ramos Hernández^{3,2}, José Aguayo Arjona², Ángel Luis Martín Fito¹, Julio Ancochea Bermúdez¹, Alberto Fernández Villar^{3,2}. ¹Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, Madrid, España, ²Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IISGS), Vigo, España, ³Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España

Introducción

La ecografía pulmonar a pie de cama es una técnica cada vez más utilizada en Neumología como complemento a la historia clínica y exploración física.

El objetivo de este trabajo es comparar la precisión diagnóstica del operador de ecografía "ciego" frente a la sospecha clínica inicial del facultativo de Neumología y del facultativo de Urgencias al ingreso.

Material y métodos

Estudio prospectivo consecutivo de pacientes ingresados ($n = 102$) con hallazgo de consolidación en TC o radiografía de tórax. La ecografía fue realizada por un operador "ciego", el cual desconocía la sospecha diagnóstica del facultativo de Neumología o Urgencias, siendo únicamente consciente de la prueba de imagen al ingreso. El diagnóstico definitivo se estableció mediante evolución clínico-radiológica a los 6 meses, biopsia y/o estudios microbiológicos.

Resultados

De los 102 pacientes recogidos, el facultativo de Neumología tuvo la impresión diagnóstica al ingreso de patología benigna (infección, atelectasia, infarto pulmonar, etc.) en el 80% de los casos y de neoplasia en el 20%. La sospecha clínica del facultativo de Urgencias fue de benignidad en el 95% de los sujetos y de neoplasia en el 5%. El ecografista indicó sospecha de benignidad en el 72% de los pacientes y de neoplasia en el 28%.

Estableciendo el grado de concordancia con el diagnóstico definitivo, el índice kappa del neumólogo, facultativo de Urgencias y ecografista fue del 0.664, 0.129 y 0.747; respectivamente. La ecografía tuvo una sensibilidad (S) y especificidad (E) para el diagnóstico de neoplasia de 85% y 92%, mientras para Neumología fue de S de 65% y E de 96% y para Urgencias la S fue de 12% y la E fue de 97%.

La incorporación de la ecografía a la práctica habitual del neumólogo mejoraría la precisión diagnóstica hasta un 96% de acierto, mientras que utilizando de forma aislada el abordaje clínico o la ecografía sólo habríamos llegado al 88% o 90% de acierto, respectivamente.

Conclusiones

La aproximación al paciente ingresado en las plantas de hospitalización de Neumología que garantiza un mayor acierto diagnóstico (96% de los casos) es la combinación entre la sospecha clínica y la ecografía. Los resultados de esta investigación confirman que esta prueba de imagen es ya indivisible del neumólogo contemporáneo y forma parte de la buena praxis en nuestra especialidad.



Ejemplo de consolidación pulmonar vista por ecografía.

43. Beneficios de la rehabilitación pulmonar en entornos comunitarios utilizando mínimos recursos en personas con EPOC. Estudio piloto. Cristina Sacristán Galisteo^{1,2}, María Del Carmen Gómez Pesquera^{2,3}, Patricia Martín Casas¹, Tamara Del Corral Núñez-Flores¹, Ricardo Rodríguez Barrientos^{4,5}. ¹Universidad Complutense de Madrid., Madrid, España, ²Centro de Salud Las Fronteras, Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Madrid, España, ³Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, España, ⁴Unidad de Investigación, Gerencia de Atención Primaria, Madrid, España, ⁵Instituto Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid, España

Introducción

Los programas de rehabilitación pulmonar constituyen una de las terapias más efectivas en el tratamiento de las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) sin embargo es una herramienta infrautilizada por la falta de accesibilidad. El objetivo principal de este estudio piloto fue evaluar los efectos producidos por un programa de rehabilitación pulmonar comunitario utilizando mínimos recursos sobre la disnea, la capacidad funcional de ejercicio, el nivel de actividad física y la calidad de vida relacionada con la salud.

Material y métodos

Se diseñó un estudio piloto con 35 participantes con EPOC reclutados desde el ámbito de la Atención Primaria. La intervención tuvo una duración de 13 semanas y estuvo compuesta de 4 sesiones de educación estructurada (1 vez/semana) y 12 semanas de entrenamiento físico (3 veces/semana) mediante caminatas al aire libre por circuitos urbanos y ejercicios de fortalecimiento con bandas elásticas y el propio peso corporal los cuales eran supervisados presencialmente por un fisioterapeuta 1 vez/semana. Las variables evaluadas fueron el grado de disnea con la escala de disnea modificada del Medical Research Council (mMRC), la capacidad funcional de ejercicio con la distancia recorrida en la prueba de marcha 6 minutos (PM6M), el nivel de actividad físico mediante el número de pasos/día cuantificado con un acelerómetro triaxial (Dynaport MoveMonitor; Mc Roberts BV, The Hague, Holanda) y la calidad de vida con el cuestionario COPD Assessment Test (CAT).

Resultados

Se incluyeron 35 participantes con $69,1 \pm 7,4$ años de edad, el 27,5% fueron mujeres y con un % predicho del volumen espiratorio forzado en el primer segundo de $65,7 \pm 11,1\%$ de media. El análisis mostró que, tras la intervención, los participantes redujeron el grado de disnea 0,6 (IC del 95% 0,43 a 0,77), aumentaron 45,7 metros (IC del 95% 30,6 a 60,8) la distancia recorrida en la PM6M, incrementaron su nivel de actividad física 2170,2 pasos/día (IC del 95% 1144,6 a 3195,8) y redujeron $-4,5$ puntos (IC del 95% $-6,1$ a $-2,9$) las puntuaciones obtenidas en el cuestionario CAT.

Conclusiones

El programa de rehabilitación pulmonar en entornos comunitarios utilizando mínimos recursos es efectivo para mejorar la disnea, la capacidad funcional de ejercicio, el nivel de actividad física y la calidad de vida relacionada con la salud en personas con EPOC.

58. Factores de riesgo psicosocial y tabaquismo en pacientes con oxigenoterapia domiciliaria. Eva María Gómez Pedrajas, Salvador Díaz Lobato, Johanny Vargas Rodríguez, Natividad Pizarro Gómez, Alia Nehme Álvarez, Pedro Jara Merino. Oximesa Nippogases, Madrid, España

Introducción

El tabaquismo representa un desafío significativo en pacientes que reciben oxigenoterapia domiciliaria. A pesar de los peligros asociados, muchos pacientes con enfermedades respiratorias persisten en el hábito de fumar, influenciados por factores psicosociales. Investigaciones han demostrado que estos factores incrementan la dependencia del tabaco. El objetivo de este estudio ha sido identificar los diversos riesgos psicosociales que contribuyen al tabaquismo en pacientes con oxigenoterapia domiciliaria.

Material y métodos

Entre marzo y junio de 2024, se llevó a cabo un estudio con 343 pacientes que recibían oxigenoterapia domiciliaria en Madrid. Fueron seleccionados pacientes vulnerables, con problemas psicosociales ya detectados en un estudio realizado previamente por el departamento de Trabajo Social de Oximesa, empresa proveedora de terapias respiratorias domiciliarias. Se recopiló información mediante encuesta telefónica realizada por el Call Center sanitario de la compañía, que abordaba el historial de tabaquismo, intentos de cesación, motivaciones, barreras, impacto psicosocial, conocimiento de riesgos y apoyo disponible.

Resultados

En la tabla 1 se presentan los riesgos psicosociales asociados al tabaquismo, el total de pacientes que presentan estos riesgos y el total que fuman. Un 86% de los pacientes vulnerables fuman por los distintos problemas psicosociales. Es de destacar, que los hábitos tóxicos como la dependencia del alcohol y el consumo excesivo de cafeína, junto al encarcelamiento y el aislamiento social, contribuyen significativamente al hábito de fumar en la mayoría de los pacientes. La figura 1 muestra la comparativa de factores de riesgo psicosocial en pacientes fumadores y no fumadores.

Conclusiones

1. El 86 % de pacientes en tratamiento con oxigenoterapia, que presentan problemas psicosociales, son fumadores; 2. Se confirma una fuerte asociación entre la influencia psicosocial y el tabaquismo, destacando la necesidad de abordar estos factores de riesgo psicosocial para reducir el hábito de fumar en esta población; 3. La dependencia del alcohol y la reclusión son los problemas psicosociales más relevantes en términos de prevalencia de tabaquismo, seguidos por el consumo excesivo de cafeína y el aislamiento social; 4. La alta tasa de tabaquismo en pacientes con problemas psicosociales subraya la importancia crítica de los trabajadores sociales en TRD.

Problemas psicosociales	Total pacientes con problemas psicosociales	Total pacientes fumadores	Porcentaje de paciente fumadores
Depresión	85	63	74,12%
Aislamiento social	22	20	90,91%
Problemas económicos	8	7	87,50%
Dependencia del alcohol	71	71	100,00%
Abusos de medicamentos recetados	22	18	81,82%
Reclusos	3	3	100,00%
Sedentarismo	89	73	82,02%
Consumo excesivo de cafeína	43	40	93,02%
Total	343	295	86,01%

62. Influencia en la motivación para la cesación tabáquica en pacientes fumadores tras diagnóstico de genotipo deficiente de ALFA 1 antitripsina.

María Reyes Sánchez Jaldo, Isabel Jiménez Reyes, Irene Hontanaya Navas, Javier Ocampo Gómez, Ángela Ramos Pinedo, Eva Belén De Higes Martínez. *Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid., Madrid, España*

Introducción

El déficit de alfa 1 antitripsina (DAAT) está infradiagnosticado. El tabaquismo es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de enfermedad pulmonar. En pacientes con DAAT y tabaquismo la probabilidad de desarrollar enfermedad pulmonar es del 90% y la aparición es más precoz. Conocer la presencia de genotipo deficiente de AAT podría influir en la cesación tabáquica.

Material y métodos

Estudio observacional prospectivo de 7 meses de duración y 3 visitas. Se incluyeron pacientes fumadores mayores de 18 años atendidos por 1º vez en consultas de Neumología sin diagnóstico previo de DAAT. Los objetivos del estudio fueron determinar la prevalencia de genotipos deficientes de AAT, analizar las características clínicas y de tabaquismo en estos pacientes y valorar si la presencia de genotipos previos puede influir en la motivación para abandonar el consumo de tabaco. A todos los pacientes se les realizó una historia clínica y tabáquica, se recogió muestra a través de frotis bucal para genotipado, se realizó intervención en tabaquismo y se midió motivación en todas las visitas. Análisis estadístico: SPSS 17.0.

Resultados

Se analizaron 53 fumadores con edad media 53.81 años, siendo el 54.7% hombres. Las variables clínicas y del tabaquismo en visita basal se describen en la tabla 1. Del total de la muestra, 12 pacientes (22.6%) presentaban genotipo deficiente: MS (8 personas), MZ (2), el SS (1) y MI (1); 2 de ellos (16.7%) tenían una AAT sérica menor a 90 mg/dl realizándose diagnóstico de DAAT.

De estos 12 pacientes el 58.3% presentaban clínica respiratoria y el 16.7% presentaban un cociente postbroncodilatador FEV1/FVC < 70%; ninguno presentaba manifestaciones extrapulmonares.

A todos los pacientes del estudio se realizó intervención en tabaquismo (resultados en tabla 1).

Al final del seguimiento, 17 pacientes (32.1%) de la muestra total estaban abstinentes (confirmado con cooximetría), de ellos sólo uno de los pacientes con genotipo deficiente y ninguno de los diagnosticados de DAAT.

El 37.7% de los pacientes iniciaron tratamiento farmacológico siendo el fármaco más utilizado la Citisiniclina.

No se encontraron diferencias significativas en motivación tras recibir información de resultado de genotipo entre pacientes con y sin genotipo deficiente.

Conclusiones

La prevalencia de genotipo deficiente del estudio es similar al estimado en la población general. La intervención sistemática de tabaquismo en consultas consigue alta tasa de abstinencia. Conocer la presencia de genotipo deficiente no cambió la motivación de los pacientes para un intento de cesación.

Tabla 1. Variables clínicas y de tabaquismo analizadas en la 1º Consulta y tabaquismo al final del seguimiento (3º Consulta)

Características clínicas de los pacientes	N=53
Edad media	53.81 años
Sexo	
Varones	54.7%
Mujeres	45.3%
Exposición a biomasa	0%
Clínica respiratoria	43.4%
Manifestaciones extrapulmonares	0%
FEV1/FVC <70%	26.4%
Características del tabaquismo	
N.º cigarrillos día (media)	15.21
Índice paquete año acumulado. IPA(media)	36.94
Dependencia. Tiempo primer cigarro (TFC)	
Menos de 5 min (Muy severa)	30.2%
Entre 6-30 (Severa)	37.7%
Entre 31-60 (Moderada)	20.8%
Más de 60 (Leve)	11.3%
Motivación de abandono (escala visual)	
Leve (0-2)	26.4%
Moderada (3-7)	37.8%
Alta (8-10)	35.8%
Tabaquismo al final del seguimiento	N=53
Cesación en la 3ª visita:	
No cesación	36 (67.9%)
Sí cesación	17 (32.1%)
Genotipo deficiente de AAT	1
DAAT	0
Cooximetría en la 3ª visita (en los 17 abstinentes):	
<5 ppm	15
>5 ppm	0
No realizada (no acudieron)	2
Tratamiento farmacológico:	
No	33 (62.3%)
Sí	20 (37.7%)
Citisina/Citisiniclina	13 (24.4%)
TSN	3 (5.7%)
Vareniclina	3 (5.7%)
Otros	1 (1.9%)

151. Comparativa de las muestras obtenidas por PAAF EBUS vs CRIOEBUS para estudios moleculares en cáncer de pulmón: experiencia inicial en nuestro centro.

Sofía Ayat Ortiz, Elena Forcén Vicente De Vera, Beatriz Morales Chacón, Xinyi Gao, Medardo Montenegro Villavicencio, María José Bernabé Barrios. *Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España*

Introducción

La punción aspiración transbronquial guiada por ultrasonido endobronquial (PAAF EBUS) es la técnica estándar para el diagnóstico y estadificación del cáncer de pulmón. La creciente necesidad de realizar estudios moleculares en las muestras ha llevado al desarrollo de la CRIOEBUS, obteniendo criobiopsias mediante criosonda, siendo unas muestras de mayor tamaño y mejor calidad.

Objetivo: Evaluar la rentabilidad de las muestras de la CRIOEBUS vs la PAAF EBUS, que permitan realizar estudios moleculares complementarios en pacientes en estudio de cáncer de pulmón.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo de los primeros 70 pacientes que fueron sometidos a PAAF EBUS + CRIOEBUS en nuestro Centro de Diciembre de 2023 a Octubre de 2024. Se recogieron datos clínicos, anatomopatológicos y de estudios moleculares complementarios según informes de anatomía patológica.

Resultados

Se enviaron 75 muestras para estudio anatomopatológico. En el 32% de las muestras no procedía la realización de estudios moleculares debido a diagnósticos negativos para malignidad. En el restante de muestras, se pudieron realizar estudios moleculares en el 80% de las CRIOEBUS, frente al 47,1% de las PAAF EBUS. Un 13,8% de las muestras de la CRIOEBUS no tuvieron material suficiente para estudios moleculares. En el 11,8% de las muestras de las PAAF EBUS se realizaron estudios moleculares sin realizarlas en CRIOEBUS. En un 7,9% de las muestras tumorales no se pudieron obtener estudios moleculares con ninguna técnica. El 41,2% de las PAAF EBUS donde las muestras fueron insuficientes para estudios moleculares, su correspondiente CRIOEBUS sí que resultó suficiente. Contrariamente, en el 5,9%, el CRIOEBUS fue insuficiente mientras que su correspondiente PAAF EBUS previo fue suficiente. En el 35,3%, ambas técnicas obtuvieron muestras suficientes para la realización de estudios moleculares, sin embargo, las muestras de CRIOEBUS permitieron la realización de un estudio más amplio. El adenocarcinoma fue el tumor más frecuente en todos los casos.

Conclusiones

- La CRIOEBUS es más rentable que la PAAF EBUS para la obtención de material suficiente para estudios moleculares.
- Aún cuando ambas técnicas son suficientes, la muestra de CRIOEBUS proporciona mayor información molecular respecto a la PAAF EBUS.
- La CRIOEBUS es una técnica rentable y complementaria en el manejo de pacientes oncológicos que requieren un estudio molecular exhaustivo para la identificación de dianas terapéuticas.

160. Resultados de encuesta anonima sobre los efectos del vapeo. Rosa María Gómez García, Cristina Sánchez Fernández, Nieves López Fresneda, Rosa Isabel Marín Aguilera, Olga Jiménez Mendoza, Julio César Vargas Espinal. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid., Madrid, España*

Introducción

El uso de las nuevas formas de consumo de productos relacionados con el tabaco como el vapeo está en aumento, principalmente entre jóvenes y adolescentes. El aerosol inhalado contiene nuevas sustancias como

glicerina, formaldehído, saborizantes y, ocasionalmente, nicotina. Los fabricantes sostienen que constituyen una alternativa menos tóxica que los cigarrillos convencionales. Pero ¿la población conoce sus riesgos? El objetivo de nuestro estudio fue conocer el grado de desinformación para planificar futuras campañas de información a la población, sobre todo a jóvenes y adolescentes, ya que estar informado es la mejor forma de tomar decisiones correctas.

Material y métodos

Estudio observacional. Los datos se tomaron de una encuesta electrónica voluntaria y anónima realizada durante el mes de mayo de 2024 difundida entre el personal de nuestro centro y los visitantes de la celebración del Día Mundial Sin Tabaco 2024. Se analizaron datos demográficos y los porcentajes de las respuestas.

Resultados

Se recogieron 312 encuestas anónimas y voluntarias, los participantes tenían una edad media de 42 años (18-71 años), de las cuales 231 eran mujeres (74%). En la tabla se muestra el resumen de los resultados más destacados de la encuesta realizada.

Conclusiones

Existe entre un 10-17% de la población que desconoce los efectos perjudiciales del vapeo, minimizando sus efectos sobre la salud. Las campañas informativas sobre los riesgos son importantes para que los jóvenes no se inicien en el hábito de fumar. Desde los centros sanitarios, deberíamos poner en marcha actividades con información veraz, de calidad y atractivas para evitar que los jóvenes y adolescentes se inicien en las nuevas formas de consumo que generan adicción y daños a medio y largo plazo, como las afecciones cardiopulmonares.

175. La disminución del cociente TAPSE/PSAP se asoció con un aumento de un curso clínico complicado a 30 días. Este cociente puede ayudar con la toma de decisiones clínicas en los pacientes estables hemodinámicamente con TEP. Juan Manuel Velasco Martín¹, Ana Victoria Castillo Durán², Diego Ceballos Gómez-Barreda¹, Laura Lago Lagunas¹, Edwin Yong Portugal¹, David Jiménez Castro¹. ¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España, ²Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid., Madrid, España

Introducción

El acoplamiento ventrículo-arterial (AVA) evalúa la función ventricular en respuesta al incremento de poscarga. El objetivo del estudio fue investigar el valor pronóstico del cociente excursión sistólica del plano del anillo tricuspídeo (TAPSE)/presión sistólica arterial pulmonar (PSAP) en pacientes estables hemodinámicamente con tromboembolia de pulmón (TEP) aguda sintomática.

Material y métodos

Utilizamos los datos del estudio PROTECT, que incluyó pacientes consecutivos estables hemodinámicamente con TEP. Empleamos análisis de regresión logística multivariable para evaluar la asociación entre la relación TAPSE/PSAP y un curso clínico complicado a 30 días.

Resultados

Incluimos 782 pacientes estables con TEP, de los cuales 231 (29,5%) tenían riesgo bajo, 499 (63,8%) riesgo intermedio-bajo, y 52 (6,6%) riesgo intermedio-alto según la clasificación de riesgo de la Sociedad Europea de Cardiología. Se produjo un curso clínico complicado a 30 días en el 0,9%, 8,6% y 19,2% de los pacientes de cada grupo, respectivamente. El cociente medio TAPSE/PSAP fue de 0.99 ± 0.46 en pacientes de riesgo bajo, 0.75 ± 0.45 en pacientes de riesgo intermedio-bajo, y 0.38 ± 0.30 en pacientes de riesgo intermedio-alto. En los análisis multivariables hubo una asociación inversa entre la relación TAPSE/PSAP y un curso clínico complicado a 30 días (odds ratio ajustado 2,16 [intervalo de confianza del 95%, 1,07-4,35] por cada disminución de 0.1 en el cociente TAPSE/PSAP).

Conclusiones

La disminución del cociente TAPSE/PSAP se asoció con un aumento de un curso clínico complicado a 30 días. Este cociente puede ayudar con la toma de decisiones clínicas en los pacientes estables hemodinámicamente con TEP.

Resultados de la encuesta sobre conocimientos del vapeo

	% de acierto	% de fallos
¿Crees que vapear o fumar cigarrillo electrónico es más sano que fumar cigarrillos convencionales?	87%	13%
En relación a la composición del vaper, ¿el aerosol es perjudicial para la vía aérea?	94%	6%
En relación a los vapeadores sin nicotina, ¿son dañinos para la salud?	93%	7%
En relación a su uso como herramienta para dejar de fumar ¿es útil?	61%	39%
En relación al consumo en jóvenes y adolescentes ¿influye negativamente en el desarrollo cerebral?	89%	11%
En relación a la asociación de cáncer y vapeadores ¿se asocia con sustancias cancerígenas?	83%	17%
En relación a la publicidad ¿se centra en el uso de saborizantes y diseños atractivos a jóvenes y adolescentes?	90%	10%
En relación al inicio del tabaquismo ¿los vaper pueden ser el inicio del hábito de fumar cigarrillos?	90%	10%
En relación a los riesgos asociados al consumo de vapores ¿se asocia con daño cardíaco y pulmonar a medio y largo plazo?	83%	17%

Enfermedad pulmonar intersticial

31. Riesgo y pronóstico en neumonía intersticial autoinmune: el poder de la ferritina como predictor temprano. Laura Núñez García, María Jesús Rodríguez Nieto, Elena Cabezas Pastor, Fredeswinda Romero Bueno, Olga Sánchez Pernaute, Pablo Eder Borges Deniz. *Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, Madrid, España*

Introducción

El objetivo de nuestro estudio fue identificar marcadores predictivos tempranos en pacientes con neumonía intersticial crónica asociada a una enfermedad autoinmune subyacente, con el fin de mejorar el seguimiento y tratamiento personalizado de estos pacientes.

Material y métodos

Evalúamos el valor predictivo de factores del proceso y del huésped sobre la mortalidad en una cohorte de 124 pacientes (86 mujeres) con neumonía intersticial autoinmune. Esta cohorte incluyó 66 casos de neumonía intersticial asociada a enfermedad del tejido conectivo, 40 pacientes con neumonía intersticial con características autoinmunes (IPAF) y 18 pacientes con neumonía intersticial autoinmune no diferenciada. Todos los pacientes tuvieron un seguimiento mínimo de 2 años o un desenlace fatal. Incluimos en nuestro análisis datos demográficos, subgrupos clínicos diagnósticos, anticuerpos específicos, patrones morfológicos y pruebas de laboratorio relevantes. Para el análisis bivariado, utilizamos la prueba t de Student, la prueba exacta de Fisher y técnicas de supervivencia. Los modelos de predicción de riesgo de muerte se desarrollaron mediante regresión logística.

Resultados

Durante el período de seguimiento, hubo 29 muertes, lo que resultó en una tasa de incidencia de 3.09 por cada 100 años-paciente. Los factores asociados con un mayor riesgo de muerte incluyeron una edad avanzada al momento del diagnóstico, comorbilidades cardiopulmonares y la aparición simultánea de neumonía intersticial y manifestaciones sistémicas. Por el contrario, el diagnóstico clínico y los patrones radiográficos no mostraron una asociación significativa con el riesgo de mortalidad. Además, los niveles elevados de deshidrogenasa láctica, velocidad de sedimentación, proteína C reactiva y ferritina se vincularon significativamente con desenlaces fatales. Entre estos, la ferritina se destacó como el predictor más potente en el modelo multivariado, con una razón de momios de 5.9 ($p = 0.002$).

Conclusiones

Nuestros datos resaltan la importancia de monitorear marcadores inflamatorios, particularmente los niveles de ferritina, para evaluar el pronóstico en varios subtipos de neumonía intersticial autoinmune.

33. Rituximab-micofenolato (RTX-MMF) versus micofenolato (MMF) en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (EPID) secundaria a enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS): experiencia en vida real. César Araque Molina, María Fernanda Del Pino Zambrano, Belén López-Muñiz Ballesteros, Laura Cebrian Méndez, Silvia Martín Bote, María Jesús Buendía García. *Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, Madrid, España*

Introducción

La principal causa de morbimortalidad de las enfermedades autoinmunes es la EPID. El estudio EVER-ILD demostró que los pacientes con patrón NINE tratados con RTX-MMF a los 6 meses mejoraban la FVC, con un aumento de las infecciones respiratorias virales. El objetivo principal de nuestro estudio fue analizar la FVC al año de tratamiento en pacientes con RTX-MMF vs MMF, la progresión en función del patrón radiológico y la seguridad en ambos grupos de tratamiento.

Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con EPID-EAS en tratamiento con MMF vs RTX-MMF de la consulta de neumología-reumatología, seguidos durante un año. Las variables analizadas fueron características sociodemográficas, patrón radiológico, FVC, DLCO, efectos secundarios y mortalidad.

Resultados

Se analizaron 41 pacientes, 23 del grupo tratado con MMF, con una edad media de $69,8 \pm 15$ años, 60,9% mujeres; y 18 del grupo de RTX-MMF, con una edad media de $61,8 \pm 14$ años, 75% mujeres. En ambos grupos la EAS más frecuente fue la esclerodermia (21,7% MMF, 50% RTX-MMF) seguido

de artritis reumatoide (17,4%) en el grupo de MMF y de miositis (25%) en el de RTX-MMF. El patrón radiológico más frecuente en ambos grupos fue el de NINE (42,3% MMF vs 61,1% RTX-MMF), seguido de NIU (17,4% MMF vs 18,8% RTX-MMF). El 42,9% de los tratados con MMF no progresaron frente al 56,3% del grupo RTX-MMF. Se detectó una mejoría de la FVC al año de tratamiento en el grupo MMF (FVC $69,8 \pm 15\%$; al año FVC $76,1 \pm 18\%$) sin embargo en el RTX-MMF tuvo una caída de FVC (FVC $73,1 \pm 18\%$; al año FVC de $67,9 \pm 22\%$; DLCO inicial $68,6 \pm 19\%$; al año DLCO $69,8 \pm 17\%$). El grupo de MMF y patrón NINE mejoró la FVC; sin embargo, estos pacientes progresaron en el grupo RTX-MMF. Ninguno de los resultados fue estadísticamente significativo. Los efectos secundarios fueron superiores en RTX-MMF (6 vs 1) siendo la mayoría infecciones. La mortalidad del grupo MMF fue del 22,7% frente al 12,5% del RTX-MMF.

Conclusiones

Nuestros resultados sugieren una mayor eficacia del tratamiento RTX-MMF frente a MMF en monoterapia en la detención de la progresión radiológica de la EPID y con menor mortalidad, aunque con mayor número de efectos secundarios (infecciones) con una reducción de la FVC al año de tratamiento.

71. ¿Una entidad infradiagnosticada? fibroelastosis pleuroparenquimatosa: descripción de 8 casos. Paula Martín Almazán, Cristina Matesanz López, Celia María Pinedo Sierra, Irene Martín Lores, Miguel De Hita Castillo, María Asunción Nieto Barbero. *Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, Madrid, España*

Introducción

La fibroelastosis pleuroparenquimatosa (FEPP), enfermedad descrita por primera vez en 2004, es una enfermedad pulmonar intersticial (EPID) poco frecuente. Caracterizada por la afectación pleural y parenquimatosa, predominantemente de lóbulos superiores. El objetivo principal de este estudio es detallar las características y el desarrollo de los pacientes con FEPP que están en seguimiento en nuestra consulta.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con FEPP en seguimiento en las consultas de EPID del Servicio de Neumología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, entre los años 2021 y 2024. Se incluyen un total de 8 pacientes.

Resultados

Se trata de 8 pacientes diagnosticados de FEPP, con predominio masculino (62,52%) frente a femenino (37,5%). La edad media de diagnóstico es de 66 años ($\pm 14,33$).

La coexistencia de otra EPID está presente en el 75% de los casos. La Neumonía Intersticial Usual es la más prevalente (37,5%) seguidas de: neumonitis por hipersensibilidad, neumonía intersticial no específica y EPID inclasificable.

El 25% de los pacientes tiene diagnóstico de enfermedad autoinmune (Enfermedad de Still (50%) y Síndrome de Sjögren (50%)).

En un 37,5% de los pacientes el diagnóstico se alcanzó mediante TAC mientras que el 62,5% de los pacientes se diagnosticó mediante biopsia quirúrgica. El 62,5% de los pacientes fue valorado en un comité multidisciplinar.

El 75% de los pacientes reciben o han recibido tratamiento antifibrótico. Las características clínicas, radiológicas e histológicas de los pacientes se encuentran resumidas en la Tabla 1.

Las fechas de diagnóstico son las siguientes: 2021 (1), 2022 (1), 2023 (1) y 2024 (5). La mortalidad observada en nuestra muestra es del 12,5%.

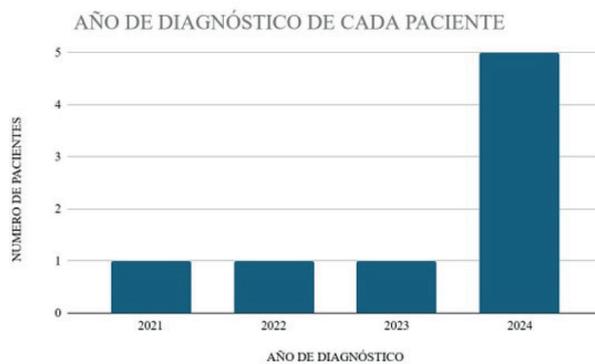
Conclusiones

En nuestra muestra:

- La enfermedad es más prevalente en hombres
- El diagnóstico ha aumentado en los últimos años. Probablemente en relación con la mayor sospecha y experiencia en esta entidad
- En un cuarto de los pacientes se relaciona con enfermedad autoinmune
- Se realiza diagnóstico histológico en más de la mitad de los casos
- En el 75% de los pacientes, la FEPP coexiste con otras EPID
- La mortalidad en nuestra muestra ha sido menor a la observada en otros estudios, probablemente debido al relativamente escaso tiempo de evolución desde el diagnóstico.

Tabla 1. Características clínicas, histológicas y radiológicas

Variables	Total N=8	Hombres n=5	Mujeres n=3
Clinica	7 (87,5%)	4 (80%)	3 (100%)
- Disnea	6 (75%)	4 (80%)	2 (66,66%)
- Tos seca	4 (57,14%)	2 (40%)	2 (100%)
Hábito tabáquico	5 (62,5%)	3 (60%)	2 (66,66%)
Familiares afectados	1 (12,5%)	0	1 (33,33%)
Exposición inhalada a tóxicos:	2 (25%)	2 (40%)	0
- Aves	1 (12,5%)	1 (20%)	0
- Sílice	1 (12,5%)	1 (20%)	0
Antecedente Oncológico	4 (50%)	3 (60%)	1 (33,33%)
Quimioterapia previa	2 (25%)	1 (20%)	1 (33,33%)
Radioterapia previa	1 (12,5%)	1 (20%)	0
Enfermedad autoinmune	2 (25%)	1 (20%)	1 (33,33%)
Tratamiento inmunosupresor	2 (25%)	1 (20%)	1 (33,33%)
Patrón radiológico compatible	8 (100%)	5 (100%)	3 (100%)
Descenso FVC >5 % al año	2 (25%)	1 (20%)	1 (33,33%)
Biopsia quirúrgica	5 (62,5%)	2 (40%)	3 (100%)
Diagnóstico histológico compatible	5 (62,5%)	2 (40%)	3 (100%)
Coexistencia de otra EPID	6 (75%)	5 (100%)	1 (33,33%)
- NIU	3 (37,5%)	3 (60%)	0
- NH	1 (12,5%)	1 (20%)	0
- NINE	1 (12,5%)	0	1 (33,33%)
- EPID inclasificable	1 (12,5%)	1 (20%)	0
Tratamiento antifibrótico	6 (75%)	4 (80%)	2 (66,66%)
- Nintedanib	2 (25%)	1 (20%)	1 (33,33%)
- Pirfenidona	3 (37,5%)	2 (40%)	1 (33,33%)
- Intolerancia a Nintedanib	2 (25%)	1 (20%)	1 (33,33%)
- Intolerancia a ambos antifibróticos	1 (12,5%)	1 (20%)	0
Oxigenoterapia domiciliaria	2 (25%)	1 (20%)	1 (33,33%)
Trasplante pulmonar	0	0	0
Exitus	1 (12,5%)	1 (20%)	0



Año de diagnóstico de los 8 pacientes.

107. Síndrome de Sjögren y enfermedad pulmonar intersticial: experiencia clínica conjunta de los servicios de neumología y reumatología. Edwin Jonathan Yong Portugal, Sonia Jimenez Barrios, Jesús Loarce Martos, Celia Zamarró García, Ana Jaureguizar Oriol, Juan Figual Bobillo. *Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid., Madrid, España*

Introducción

La enfermedad pulmonar representa la manifestación extra-glandular más prevalente en pacientes con síndrome de Sjögren. En particular, la enfermedad Pulmonar Intersticial se destaca como la complicación pulmonar más

grave. Estudios recientes muestran una prevalencia combinada de alrededor del 23%. La investigación es limitada y hay una falta de información sobre la proporción de pacientes que experimentan fibrosis pulmonar progresiva durante el seguimiento.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo utilizando una cohorte de pacientes con síndrome de Sjögren. Se reclutaron prospectivamente pacientes que cumplieran con los criterios ACR/EULAR 2016 para síndrome de Sjögren y que tenían un diagnóstico de enfermedad intersticial en tomografía computarizada (TC). Durante el seguimiento, se monitorizó la progresión de la disnea, las pruebas de función pulmonar y los hallazgos en la tomografía computarizada.

Resultados

Se incluyeron un total de 32 pacientes, las características demográficas y basales se muestran en la Tabla 1. El tiempo medio de seguimiento fue de 18 meses. La mayoría de los pacientes presentaron patrones de neumonía intersticial no específica (NINE) o neumonía intersticial linfocítica, y aproximadamente un tercio presentó afectación concomitante de las vías respiratorias. (Ver tabla 2).

Las manifestaciones extrapulmonares más frecuentes fueron el fenómeno de Raynaud (18.8%), compromiso del sistema nervioso periférico (9.4%) y la artritis (9.4%). Un total de 6 pacientes (18.8%) tenían neoplasia concomitante.

La mitad de los pacientes recibían terapia con corticosteroides en la primera consulta. Las terapias inmunosupresoras más frecuentes fueron azatioprina (9.4%) y rituximab (21.9%). Además, un paciente recibió tocilizumab (3.1%).

Durante el seguimiento, solo tres pacientes cumplieron con los criterios para fibrosis pulmonar progresiva. Dos de estos pacientes tenían un patrón fibroso de NINE, mientras que el tercero presentó un patrón de neumonía intersticial usual (NIU). Solo dos pacientes recibieron tratamiento con nintedanib, y uno de ellos requirió la suspensión del tratamiento debido a efectos adversos (diarrea y pérdida de peso). No hubo hospitalizaciones por exacerbaciones agudas ni muertes.

Conclusiones

En nuestra cohorte la mayoría de pacientes mostró estabilidad funcional y radiológica durante el seguimiento.

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes

Variable	Pacientes (n=32)
Características demográficas	
Edad media	64.9 (10.6)
Genero (%)	
• Masculino	2 (6.3)
• Femenino	30 (93.8)
Hábito tabáquico (%)	
• Nunca	18 (56.3)
• Ex fumador	14 (43.8)
Características de la enfermedad	
Sequedad (%)	
• Ojo seco	29 (90.6)
• Boca seca	25 (78.1)
Ecografía positiva para patología de glándulas salivales (%)	6 (40)
Biopsia positiva de las glándulas salivales (%)	10 (62.5)
Overlap de otra enfermedad autoinmune (%)	
• Esclerosis sistémica (SSc)	1 (3.1)
• Síndrome antisintetasa	3 (9.4)
• Otro	4 (12.5)
Diagnóstico de enfermedad intersticial, n (%)	
• Previo al diagnóstico de SSc	6 (18.8)
• Concurrente al diagnóstico de SSc	5 (15.6)
• Posterior al diagnóstico de SSc	21 (65.6)
Perfil inmunitario	
Positivo para anti-Ro52, n (%)	8 (25)
Positivo para anti-Ro60, n (%)	27 (84.4)
Positivo para anticuerpos antinucleares, n (%)	31 (96.9)
Factor reumatoideo positivo, n (%)	16 (50)
Hipergammaglobulinemia, n (%)	19 (59.4)

Tabla 2. Características de la EPID

Variable	Pacientes (n=32)
Patrón en tomografía, n (%):	
• NIU/ probable NIU	5 (15.6)
• NINE	7 (21.9)
• Neumonía intersticial linfocítica	8 (25)
• NOC	2 (6.3)
• Otra	10 (31.3)
Afectación de la vía aérea, n (%)	11 (34.4)
Pruebas de función respiratoria:	
• FVC basal %	80.7 (17.9)
• FVC final %	77.8 (18.3)
• DLCO basal %	71.3 (21.3)
• DLOC final %	70.3 (19.5)
Progresión fibrótica en TC, n (%)	6 (18.8)
Meses de seguimiento (DS)	18.2 (11.1)
Fibrosis pulmonar progresiva (%)	3 (9.4)

Solo el 10% de los pacientes cumplió con los criterios para fibrosis pulmonar progresiva, no hubo exacerbaciones agudas ni muertes.

110. Hallazgos radiológicos y patología secundaria a la exposición a asbesto de los pacientes en seguimiento por una consulta post-ocupacional hospitalaria. Miguel Suárez Ortiz¹, Carmen Matesanz Ruiz², Elena Rodríguez Jimeno¹, África Alcorta Mesas², María Belén López-Muñoz Ballesteros¹, María Jesús Buendía García². ¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España, ²Madrid., Madrid, España

Introducción

La exposición laboral a asbesto se ha relacionado con múltiples patologías pulmonares y extrapulmonares. Además, presenta una especial complejidad por el elevado tiempo de latencia desde la exposición hasta la aparición de la patología y por la gravedad de las mismas.

Material y métodos

Objetivo: Describir las características basales, de exposición, así como los hallazgos radiológicos y complicaciones de una cohorte de pacientes con vigilancia post-ocupacional tras exposición laboral a amianto.

Metología: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de 359 pacientes en seguimiento en una consulta vigilancia post-ocupacional hospitalaria tras exposición laboral a amianto, recogiendo datos demográficos, de exposición laboral, hallazgos radiológicos y aparición de patología tumoral secundaria a la exposición a asbesto.

Resultados

La mediana de edad de los pacientes fue de 78 años (\pm 8,6), siendo 352 hombres (98%). La mediana de años desde el inicio de la exposición laboral fue de 42,6 años (\pm 12,4). Con respecto al hábito tabáquico, 78 (22%) pacientes nunca habían fumado, 70 (19%) eran fumadores activos y 211 (59%) eran exfumadores. La exploración radiológica estaba alterada en 235 (65%) de los casos y normal en 124 (35%) de los mismos. La mayor parte de los pacientes (310; 86,3%) presentaban hallazgos radiológicos compatibles con otras patologías respiratorias (EPOC, asma, etc). Entre los hallazgos radiológicos relacionados con exposición a asbesto las placas de fibrosis pleural fueron las más frecuentes (28; 7,8%), seguidas de asbestosis (18; 5%), atelectasia redonda (2; 0,4%) y fibrosis pleural difusa con afectación de pruebas funcionales respiratorias (1; 0,2%). El carcinoma escamoso de laringe (10; 2%) fue la patología tumoral secundaria más frecuente, seguida del mesotelioma pleural maligno (5; 1%) junto con el carcinoma de pulmón (5; 1%) y por el mesotelioma peritoneal (3; 0,6%).

Conclusiones

La exposición laboral a asbesto representa un riesgo epidemiológico demostrado. En nuestra cohorte, predominaba el sexo masculino, el hallazgo radiológico más frecuente son las placas de fibrosis pleural y la patología tumoral más frecuente secundaria a la exposición a asbesto fue el carcinoma escamoso de laringe.

114. Características funcionales y clínicas en pacientes con exposición a asbesto en seguimiento por una consulta post-ocupacional hospitalaria. Elena Rodríguez Jimeno, Carmen Matesanz Ruiz, Miguel Suárez Ortiz, África Alcorta Mesas, María Belén López-Muñoz Ballesteros, María Jesús Buendía García. Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid., Madrid, España

Introducción

La exposición laboral a asbesto se ha relacionado con múltiples patologías pulmonares y extrapulmonares. Además, presenta una especial complejidad por el elevado tiempo de latencia desde la exposición hasta la aparición de la patología y por la gravedad de las mismas.

Material y métodos

Objetivo: Describir las características basales, de exposición, así como los hallazgos en pruebas de función respiratoria, así como la sintomatología de los pacientes.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de 359 pacientes en seguimiento en una consulta vigilancia post-ocupacional hospitalaria tras exposición laboral a amianto, recogiendo datos demográficos, de exposición laboral, sintomatología de los pacientes y pruebas de función respiratoria.

Resultados

La mediana de edad de los pacientes fue de 78 años (\pm 8,6), siendo 352 hombres (98%). La mediana de años desde el inicio de la exposición laboral fue de 42,6 años (\pm 12,4). Con respecto al hábito tabáquico, 78 (22%) pacientes nunca habían fumado, 70 (19%) eran fumadores activos y 211 (59%) eran exfumadores. Atendiendo a la sintomatología, la tos (42; 11,7%) fue el síntoma más frecuente, seguido de la expectoración (36; 10%), disnea (23; 6,4%), crepitantes secos (8; 2,2%) y acropaquias (3; 0,8%). En cuanto a la exploración funcional, fue normal (268; 74,7%) en la mayor parte de los pacientes, seguida del patrón obstructivo (61; 17%), patrón restrictivo (21; 5,8%) y mixto (9, 2,5%). El uso de oxigenoterapia domiciliar crónica se objetivó en 29 (8,1%) pacientes, en relación con EPOC (22; 75,9%), asbestosis (4; 13,8%) y a otras patologías (3; 10,3%); precisando 10 (34,5%) de los mismos además oxígeno para la deambulación.

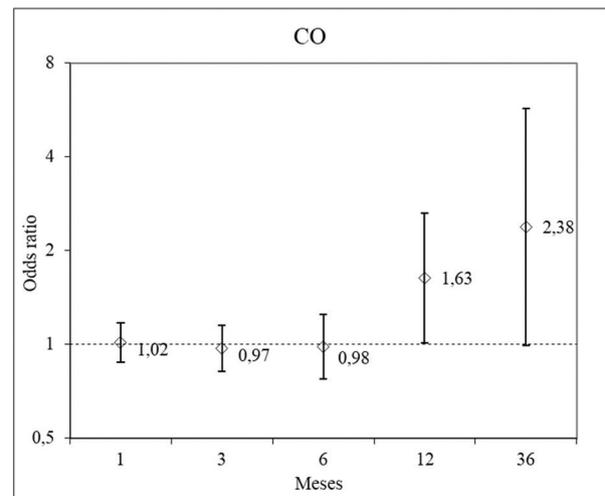
Conclusiones

La exposición laboral a asbesto representa un riesgo epidemiológico demostrado. En nuestra cohorte, la mayor parte de los pacientes estaban asintomáticos, siendo el síntoma más frecuente la tos. La exploración funcional respiratoria fue normal en el 75% de los pacientes, seguida del patrón obstructivo. El uso de oxigenoterapia se objetivó en 29 pacientes.

185. Efecto de la polución atmosférica en el deterioro de la función pulmonar en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática. María Longás Ouzzine, Pablo Mariscal Aguilar, María Alejandra Castillo, Luis Gómez Carrera, Carlos Carpio Segura, Grupo De Trabajo Epid Hulp. Hospital Universitario La Paz, Madrid., Madrid, España

Introducción

El declive de la función pulmonar es un aspecto crucial en la evolución de diversas enfermedades respiratorias, incluyendo la fibrosis pulmonar idiopática (FPI). Este fenómeno es frecuentemente influenciado por factores ambientales, como la contaminación atmosférica, y puede contribuir significativamente a la morbilidad y mortalidad. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la asociación entre los principales contaminantes urbanos y el empeoramiento de la función pulmonar en pacientes con FPI.



Efecto del monóxido de carbono en el deterioro de la función pulmonar en FPI.

Material y métodos

Se investigó la probabilidad de declive de función pulmonar (criterios ATS/ERS 2018, FVC descenso absoluto al menos 10% FVC y DLCO descenso absoluto al menos de 15%) por causa respiratoria en 69 pacientes diagnosticados con FPI que estaban siendo seguidos en nuestra unidad de enfermedades pulmonares intersticiales desde 2011 hasta 2020, correlacionando estos datos con los niveles de los principales contaminantes (CO, NO₂, PM_{2.5}, PM₁₀, O₃, SO₂ y NO_x) en la Comunidad de Madrid durante el periodo mencionado. Se tuvo en cuenta la exposición acumulada de 1, 3, 6, 12 y 36 meses.

Resultados

La elevación de los valores promedio acumulados de CO se asoció de forma significativa con un incremento en la probabilidad de empeorar la función pulmonar en estos enfermos. Se objetivó una OR 1,63 (1,01-2,63) por cada incremento de 0,1 mg/m³ (p = 0,04) durante una exposición acumulada de doce meses previos a este empeoramiento. Por otra parte, no se detectó asociación alguna entre la probabilidad de empeorar la función pulmonar y el resto de los contaminantes evaluados. En el análisis multivariante tampoco se obtuvieron asociaciones significativas.

Conclusiones

La contaminación procedente de los niveles medios monóxido de carbono facilita el declive de la función pulmonar en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática.

Grupo EPID HULP

- Concepción Prados
- Rodolfo Álvarez-Sala Walther
- Isabel Esteban
- Inmaculada Pinilla
- Rita Regojo
- Ester Zamarrón

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

7. Heterogeneidad en pacientes con EPOC sedentarios: identificación de subgrupos y barreras mediante el cuestionario SAQ-COPD. Michael Ignacio Álvarez Cedeño¹, Raquel Casitas Mateo², José Manuel Padilla Brito¹, Raúl Galera Martínez², Elisabet Martínez Cerón³, Francisco García Río². ¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, ²Madrid, Madrid, España, ³Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por una elevada morbilidad y mortalidad, siendo el sedentarismo un factor clave que contribuye a los malos resultados clínicos. Este estudio tiene como objetivo identificar subgrupos de pacientes con EPOC sedentarios mediante el análisis de las barreras reportadas para la actividad física y el impacto percibido de la inactividad en su enfermedad.

Material y métodos

En 91 pacientes consecutivos con EPOC estable, se midió la actividad física utilizando un brazaletes SenseWear y el cuestionario SAQ-COPD, definiendo el sedentarismo como un nivel de actividad física < 1.69. La evaluación clínica y funcional incluyó medición de volúmenes pulmonares, capacidad de difusión, fuerza muscular, prueba de marcha de seis minutos y prueba progresiva de ejercicio cardiorrespiratorio. Se realizó un análisis de clústeres basado en las respuestas de los pacientes a las secciones de perfil e impacto del cuestionario SAQ-COPD.

Resultados

En 70 pacientes con EPOC sedentarios, se identificaron tres clústeres distintos. Clúster 1: Presentó limitaciones funcionales significativas, especialmente disnea y fatiga en las piernas, junto con menor tolerancia al ejercicio e hiperinsuflación dinámica. Clúster 2: Mostró pocas limitaciones funcionales, pero reportó la falta de interés en la actividad física como la principal razón de su inactividad, con una peor calidad del sueño observada. Clúster 3: Exhibió un alto impacto percibido de la inactividad a pesar de reportar menos limitaciones físicas, siendo factores psicológicos como el miedo y el desaliento las principales barreras. A su vez, el análisis factorial reveló dos componentes principales: el impacto percibido de la inactividad y los factores limitantes para el ejercicio.

Conclusiones

Estos hallazgos subrayan la heterogeneidad entre los pacientes con EPOC sedentarios y enfatizan la necesidad de intervenciones personalizadas que aborden tanto las barreras físicas como las psicológicas. El cuestionario SAQ-COPD podría ser una herramienta útil para esta evaluación individualizada de pacientes con EPOC sedentarios.

9. Discordancia entre cuestionarios y medida objetiva de la actividad física cotidiana por pacientes con EPOC. María Alejandra Castillo, Raquel Casitas Mateo, Raúl Galera Martínez, Elisabet Martínez Cerón, Francisco García Río *Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*

Introducción

Objetivo: Analizar la relación y capacidad discriminativa de la actividad física medida por los cuestionarios YPAS y SAQ-COPD con su registro mediante un acelerómetro.

Material y métodos

Se seleccionaron 91 pacientes consecutivos con EPOC con limitación al flujo aéreo moderada-grave, tratados según práctica clínica convencional. Además de la valoración clínica y funcional, se registró la actividad física referida mediante los cuestionarios YPAS y SAQ-COPD. De forma simultánea, se realizó un registro de la actividad física durante 7 días mediante un acelerómetro SenseWear, determinando el nivel de actividad física, número de pasos, METs medios y tiempo en cada nivel de actividad física.

Resultados

Se trata de 61 varones y 30 mujeres, con 70 ± 8, un 28% todavía fumadores activos (paquetes x año 47 ± 25), disnea mMRC 1 ± 1, índice de comorbilidad de Charlson 4 ± 2, FEV1 60 ± 12 % pred y distancia caminada en 6 minutos 463 ± 93 metros. Según el registro del acelerómetro, el número de pasos caminados por día fu 6608 ± 4533, los METs medios 1.27 ± 0.26 y el nivel de actividad física 1.51 ± 0.28, mediante el cual los sujetos fueron clasificados como muy sedentarios (31%), sedentarios (46%) o moderadamente activos (23%). Según la intensidad de la actividad física, ésta era mayoritariamente ligera (205 ± 117 minutos) o moderada (84 ± 74 minutos). La puntuación total referida en el cuestionario SAQ-COPD fue 35 ± 18, predominantemente a expensas de actividad de baja (10 ± 12) o moderada intensidad (9 ± 12). A su vez, la puntuación del índice resumen de actividad del YPAS fue 42 ± 22, también con predominio de actividad ligera como caminar (17 ± 13), aunque con un componente de actividad vigorosa (8 ± 14). No se identificó relación significativa alguna entre la puntuación total del SAQ-COPD ni del índice resumen de actividad física del YPAS con el nivel de actividad física, METs medios o número de pasos registrados por el acelerómetro. Cuando los pacientes fueron estratificados por el nivel de actividad física, tampoco se apreciaron diferencias en la puntuación del índice resumen de la actividad física, aunque sí se detectaron en la puntuación total del SAQ-COPD (27 ± 17 en muy sedentarios, 29 ± 20 en sedentarios y 43 ± 14 en moderadamente activos, p = 0.014).

Conclusiones

Confirmada la discordancia entre la estimación de la actividad física realizada mediante cuestionarios y medidas objetivas, el cuestionario SAQ-COPD parece generar una menor sobreestimación y discrimina mejor que el YPAS los niveles de actividad física.

10. Influencia de la diabetes mellitus sobre la respuesta al ejercicio de pacientes con EPOC sin enfermedad cardiovascular identificada. Belen Sanz¹, Raquel Casitas Mateo², Raúl Galera Martínez¹, Elisabet Martínez Cerón², Francisco García Río¹. ¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, ²Madrid, Madrid, España

Introducción

Además de su asociación con la enfermedad cardiovascular establecida, las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado podrían condicionar la respuesta al ejercicio de pacientes con EPOC, que resulta interesante explorar por el potencial efecto de algunos fármacos antidiabéticos en estos pacientes.

Objetivo: Comparar la respuesta a una prueba de ejercicio progresivo de pacientes con EPOC estable sin enfermedad cardiovascular conocida en función de la presencia o no de diabetes mellitus.

Material y métodos

Se seleccionaron 90 pacientes consecutivos con EPOC estable, sin evidencia de enfermedad cardiovascular previa. Se recogieron datos

antropométricos y clínicos, incluyendo el diagnóstico de diabetes tipo 2 según criterios ADA. Se realizó espirometría, pletismografía, determinación de capacidad de difusión de CO y fuerza muscular respiratoria y periférica. También se llevó a cabo una prueba de ejercicio progresivo limitada por síntomas en cicloergómetro (OxyconAlpha, Carevision, Visays), con registro de parámetros respiratorios, cardiorrelajatorios y metabólicos, además de los volúmenes pulmonares operativos para estimar el volumen pulmonar tele-espiratorio (EELV).

Resultados

La muestra analizada estaba constituida fundamentalmente por varones (67%) de edad avanzada (70 ± 8 años), con sobrepeso (BMI 27.9 ± 4.4 Kg/m²), exfumadores (72%) y una limitación al flujo aéreo moderada-grave (FEV1 60 ± 12 % pred.). Veinte de los pacientes seleccionados tenían diabetes tipo 2, bien controlada en todos los casos. No se identificaron diferencias entre los pacientes diabéticos y no diabéticos en sus características antropométricas, volúmenes pulmonares, capacidad de difusión ni fuerza muscular. Sin embargo, los pacientes con diabetes alcanzaron un menor consumo de oxígeno pico (62.5 [50.5-69.0] vs. 70.0 [60.0-80.0] % pred., p = 0.017), con una menor frecuencia cardiaca pico (110 [91-116] vs. 123 [110-133] min⁻¹, p = 0.006) y un mayor incremento del volumen pulmonar tele-espiratorio (0.17 [0.02-0.32] vs. -0.11 [-0.22-0.05] l, p = 0.017), sin diferencias significativas en otros parámetros respiratorios, cardiovasculares o metabólicos.

Conclusiones

En pacientes con EPOC, la presencia de diabetes tipo 2 se asocia a una menor capacidad de ejercicio, con una reducida respuesta cardiovascular pero un mayor grado de hiperinsuflación dinámica.

28. ¿Es posible lograr un adecuado uso del oxígeno crónico domiciliario (OCD) en los centros sociosanitarios (CSS)? Resultados a 18 meses de un proyecto multidisciplinar. Teresa Ramirez Prieto¹, Miguellangela Rodriguez Valdivieso², Rosa López Sagredo¹, Alia Nehmez Alvarez², Rocío Rodríguez Pérez¹, Raul Moreno Zabaleta². ¹Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, España, ²Madrid, Madrid, España

Introducción

El adecuado del uso del OCD supone un reto en la CAM, hecho más complejo en los CSS debido a la menor capacidad de control de los pacientes

de su tratamiento y la escasa formación del personal en los mismos, lo que hace fundamental implantar un sistema que asegure el adecuado uso de esta terapia en los CSS.

Material y métodos

Estudio observacional prospectivo de enero de 2023 a noviembre de 2024. Objetivo principal; evaluar el impacto de la formación en el uso de OCD en los CSS dependientes del HUIS. Inicialmente se realizó un estudio piloto en seis CSS con diferentes modelos de gestión donde las variables analizadas fueron Uso del equipo prescrito (UEP) Revisión técnica del equipo Cumplimiento adecuado (CA): horas de uso, fiO₂, grado de coincidencia con la prescripción. Esto permitió detectar las siguientes áreas de mejora. Formación en OCD para personal de la UAR, Geriátria y CSS. Control estricto del OCD por el personal de Oximesa. Se establece un cronograma de formación escalonado y se inicia el seguimiento cada 6 meses de los CSS.

Resultados

Se han evaluado 43 CSS en tres tiempos desde abril de 2023 hasta octubre de 2024, reclutado a 846 pacientes con OCD, 635 (77%) mujeres, 88 años de EM. La ICC fue la primera causa de prescripción (29%-45%), EPOC la segunda (5.6%-12%), no identificable en el 32%-59%. Se han renovado 209 prescripciones, retirado 248 equipos (100 retenidos en los CSS para uso en pacientes sin prescripción, y 148 tras valoración clínica), no encontrando diferencias significativas en las tres evaluaciones en ninguno de los parámetros mencionados.

Para evaluar el impacto de la formación, comparamos dos indicadores, cumplimiento adecuado (CA) y uso del equipo prescrito (UEP). Fallecieron 253 (74%) del primer grupo durante el seguimiento por lo que se realiza un análisis de total de casos en cada evaluación y sobre los supervivientes en cada uno de ellas, comparando las diferencias entre la 1ª y 2ª y la 1ª y 3ª evaluaciones. Detectamos una mejoría significativa en el CA en todos los grupos mantenida en el tiempo. En cuanto al UEP detectamos una reducción significativa en los equipos no identificables en todos los grupos mantenidos en el tiempo.

Conclusiones

La formación continua, el control estricto de la terapia y el trabajo multidisciplinar son el pilar para lograr el adecuado uso del OCD en los CSS. El elevado número de prescripciones de OCD sin seguimiento exige plantear un circuito de revisión de las mismas a los médicos prescriptores.

Tabla 2. Diferencias 1º-2º evaluación

	Primera intervención	Segunda intervención	p
N	342	264	
Mujeres	257 (75,1%)	184 (70%)	NS
Edad	88 +/- 15	88 +/- 15	NS
Casos nuevos	342	119	
Éxitos de primera valoración	-	138 (40%)	
Casos vivos primera valoración		204 (59%)	
Motivo prescripción		De los nuevos casos (119)	
ICC	100 (29,2%)	53 (45%)	NS
EPOC	10 (5,8%)	14 (12%)	NS
Disnea tras ingreso	20 (5,8%)	19 (5%)	NS
No identificado	202 (59,1%)	38 (32%)	NS
Decisión Clínica		De los nuevos casos (119)	
Sin valoración presencial; baja	96 (28,1%)	26 (23%)	NS
Sin valoración presencial; renovación	109 (31,9%)	45 (37%)	NS
Valoración Geriátria; baja	27 (7,8%)	21 (17%)	NS
Valoración UAR; baja	19 (5,5%)	8 (4%)	NS
Valoración Neumología; baja	13 (3,8%)	2 (1%)	NS
Servicio prescriptor			
Neumología	24 (7%)	7 (6%)	NS
MIR	222 (70%)	82 (69%)	NS
Geriátria	78 (23%)	30 (25%)	NS
UEP del total			
SI	83 (43,3%)	111 (42%)	NS
No	18 (12,4%)	174 (66%)	0,000
No identificable	84 (44,4%)	31 (12%)	0,001
CA del total			
SI	83 (43,4%)	208 (79%)	0,000
No	82 (56,6%)	56 (21%)	0,000
UEP en los vivos de la primera			
SI	83 (43,3%)	82 (56,8%)	NS
No	18 (12,4%)	45 (31%)	NS
No identificable	84 (44,4%)	18 (12%)	0,000
CA en los vivos de la primera			
SI	83 (43,4%)	125 (86,2%)	0,000
No	82 (56,6%)	20 (13,8%)	0,000

Tabla 3. Diferencias 1º-3º evaluación

	Primera intervención	Tercera intervención	p
N	342	240	
Mujeres	257 (75,1%)	194 (81%)	NS
Edad	88 +/- 15	87 +/- 17	NS
Casos nuevos		151	
Éxitos de primera valoración		115 (33%)	
Casos vivos primera valoración		89 (26%)	
Motivo prescripción		De los nuevos casos (151)	
ICC	100 (29,2%)	59 (39%)	NS
EPOC	10 (5,8%)	13 (9%)	NS
Disnea tras ingreso	20 (5,8%)	6 (4%)	NS
No identificado	202 (59,1%)	70 (46%)	NS
Decisión Clínica		De los nuevos casos (151)	
Sin valoración presencial; baja	96 (28,1%)	27 (17%)	NS
Sin valoración presencial; renovación	109 (31,9%)	55 (36%)	NS
Valoración Geriátria; baja	27 (7,8%)	-	0,0001
Valoración UAR; baja	19 (5,5%)	-	0,0001
Valoración Neumología; baja	13 (3,8%)	9 (5%)	NS
Servicio prescriptor		De los nuevos casos (151)	
Neumología	24 (7%)	12 (8%)	NS
MIR	222 (70%)	98 (65%)	NS
Geriátria	78 (23%)	41 (27%)	NS
UEP del total			
SI	83 (43,3%)	146 (61%)	NS
No	18 (12,4%)	91 (38%)	NS
No identificable	84 (44,4%)	3 (1%)	0,000
CA del total			
SI	83 (43,4%)	206 (86%)	0,000
No	82 (56,6%)	34 (14%)	0,000
UEPen los vivos de la primera			
SI	83 (43,3%)	75 (64%)	0,000
No	18 (12,4%)	11 (12%)	NS
No identificable	84 (44,4%)	0	0,000
CA en los vivos de la primera			
SI	83 (43,4%)	87 (97%)	0,000
No	82 (56,6%)	3 (3%)	0,000

34. Dupilumab como tratamiento en pacientes con EPOC GOLD e eosinofílicos: experiencia en un hospital de segundo nivel. César Araque Molina, Mariara Calderón Alcalá, Beatriz Arias Arcos, África Alcorta Mesas, Inmaculada Castillo Gil, María Jesús Buendía García. *Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, Madrid, España*

Introducción

El Dupilumab es un anticuerpo monoclonal humano que bloquea el componente receptor compartido IL-4 e IL-13, conductor clave y central de la inflamación de tipo 2. Recientemente se ha demostrado en estudio fase III, randomizado y doble ciego que en pacientes EPOC y Eo > 300 cels/μL, el dupilumab se asoció con menos agudizaciones y una mejor función pulmonar en comparación con el placebo, siendo una recomendación en la GOLD 2025.

Material y métodos

Descripción de serie de casos retrospectiva en la que se incluyeron 5 pacientes con EPOC GOLD E, agudizadores de alto riesgo, eosinofílicos en tratamiento con dupilumab, adicional al tratamiento estándar recomendado por las guías de practica clínica. Se recopilaron datos de agudizaciones pre y post administración inicial del dupilumab y calidad de vida medido por el CAT. También se recopilaron datos demográficos, función pulmonar, exitus y posibilidad de trasplante pulmonar.

Resultados

De 5 pacientes, 80% eran mujeres; con edad media de 64,6 ± 8,7 años; 80% de los pacientes se clasificaron obstrucción 4, 100% alto riesgo de agudización y GOLD E. En relación a los eosinófilos en sangre se describe 340 ± 250 cels/μL y 4,4 ± 4,8%. Función pulmonar: se describe una media de FVC (66,4 ± 16,10%), FEV1 (26,6 ± 8,1%), FEV1/FVC (33,8 ± 8,4%), 6MWT (210,8 ± 114,9 metros). En cuanto a calidad de vida se describe un CAT previo al inicio del dupilumab de 32,8 ± 2,7 y a los 3 meses posteriores de 15,6% ± 2,5. Con respecto a las agudizaciones: 6 meses previos al uso del biológico presentaron una media de 6 agudizaciones (4 graves y 2 moderadas) y 6 meses posteriores al biológico presentaron una media de 2 agudizaciones (1 grave y 1 moderada). 100% tenían corticoides orales como tratamiento previo, 80% presentó broncorrea, y 100% necesita oxígeno para deambulación. 1 paciente falleció, 1 paciente se le realizó trasplante pulmonar y 1 paciente se encuentra en lista de espera para trasplante pulmonar.

Conclusiones

En nuestra experiencia del uso de dupilumab en pacientes EPOC GOLD E de alto riesgo y de perfil eosinofílico, se evidenció disminución de las agudizaciones graves y mejoría de la calidad de vida.

40. Empeoramiento en la puntuación en el cuestionario CAT como predictor de evolución en los pacientes con EPOC después de una exacerbación grave. Cristhian Alonso Correa Gutiérrez¹, Zichen Ji², Manuel Delgado Navarro³, Manuel Mor Martínez², Luis Puente Maestu², Javier De Miguel Díez². ¹Servicio de Neumología, Hospital General de La Palma, Breña Alta, España, ²Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España, ³Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Introducción

El cuestionario CAT es una herramienta ampliamente utilizada para evaluar los síntomas y la calidad de vida en los pacientes con EPOC. La situación general empeora durante una exacerbación de EPOC, con el consiguiente empeoramiento en la puntuación en el cuestionario CAT. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la utilidad del empeoramiento en la puntuación en el cuestionario CAT durante una exacerbación grave como predictor de evolución.

Material y métodos

Estudio observacional de pacientes ingresados por una exacerbación de EPOC. Se recogieron datos sobre las características clínicas y se administró el cuestionario CAT dos veces el día del ingreso, primero referido al momento del ingreso, y luego referido a 2 meses antes del ingreso, entendido como fase de estabilidad. Se calculó la diferencia entre CAT estabilidad y CAT exacerbación para obtener el empeoramiento, y se dividieron a los pacientes en terciles de este empeoramiento. Se realizó un seguimiento prospectivo tras el alta hospitalaria, se obtuvieron datos sobre visitas a Urgencias, ingresos hospitalarios y supervivencia y se realizó comparación según los terciles.

Resultados

Se incluyeron 50 pacientes, de los cuales, 30 (60%) eran varones. La edad media fue de 70,5 años (desviación estándar -DE- 9,6). El peso medio de los

pacientes fue de 72,2 kg (DE 15,9), la talla media fue de 1,63 m (DE 0,08), con un índice de masa corporal (IMC) de 27,0 kg/m² (DE 5,6). El FEV1 medio fue de 1,17 L (DE 0,46) en valor absoluto y 46,7% (DE 0,8) sobre el valor predicho.

En cuanto a la puntuación en el cuestionario CAT, la mediana de puntuación en CAT estabilidad fue 13,5 (rango intercuartílico -RIC- 7-19), la de CAT exacerbación fue 25 (RIC 17,5-30), y la mediana de diferencia entre CAT exacerbación y CAT estabilidad fue 9 (RIC 5-15,25). Se objetivó una diferencia estadísticamente significativa entre CAT exacerbación y CAT estabilidad (p < 0,001).

Las Figuras 1 y 2 muestran el tiempo hasta la primera visita a Urgencias y el primer ingreso por exacerbación de EPOC, respectivamente, según los terciles. Se objetivó aparición más temprana del evento en el tercil 3 frente al tercil 1 (log-rank 5,27 y p = 0,022 para visita a Urgencias; log-rank 5,27; p = 0,022 para ingreso hospitalario). No se objetivaron diferencias en la supervivencia según terciles.

Conclusiones

Los pacientes con mayor empeoramiento en el CAT tuvieron eventos relacionados con la EPOC más precozmente, por lo que podrían requerir un seguimiento más estrecho tras una exacerbación grave.

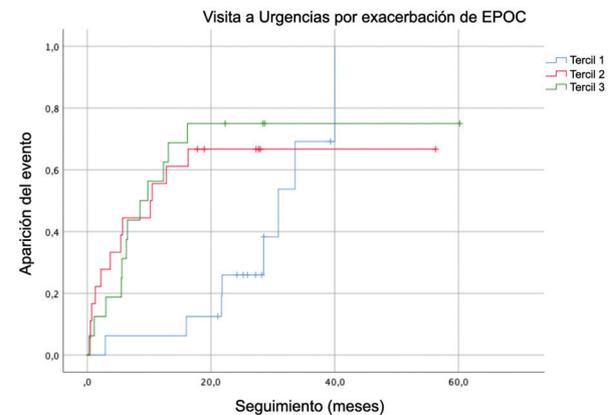


Figura 1. Tiempo hasta la primera visita a Urgencias por exacerbación de EPOC según los terciles de empeoramiento en el cuestionario CAT.

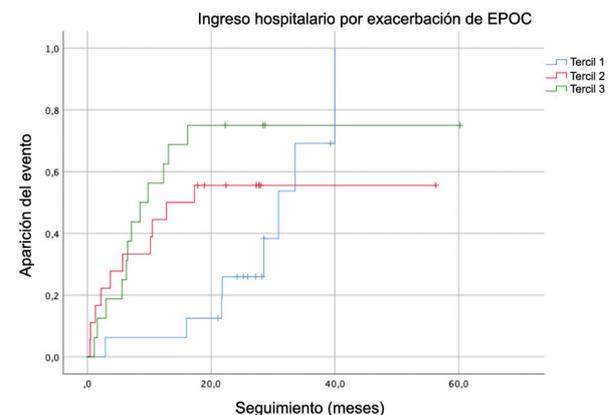


Figura 2. Tiempo hasta el primer ingreso hospitalario por exacerbación de EPOC según los terciles de empeoramiento en el cuestionario CAT.

42. Diferencias en el consumo de recursos sanitarios en función de la convivencia familiar en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica ingresadores. Zichen Ji¹, Jimena O'Shanahan Delgado-Taramona², Marta Jerónimo Trigueros², Juan Pablo Utrilla Marchand¹, José Daniel Cordero Márquez¹, Javier De Miguel Díez¹. ¹Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España, ²Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por cursar con exacerbaciones. Los familiares de los pacientes con EPOC muchas veces participan en el tratamiento de la enfermedad y el cuidado de estos pacientes, pudiendo influir en el control de la enfermedad. El objetivo del estudio fue comparar las visitas a Urgencias, los ingresos hospitalarios y la supervivencia de los pacientes con EPOC que tuvieron una exacerbación de ingreso en función de si el paciente convive con familiares.

Material y métodos

Estudio observacional de pacientes con EPOC que estuvieron ingresados por una exacerbación de EPOC en 2018, con seguimiento prospectivo desde el alta hospitalaria hasta 2024. Se obtuvieron datos clínicos en el momento del ingreso y posteriormente se recogieron datos sobre el consumo de recursos sanitarios y supervivencia mediante revisión de historia clínica. Se analizaron estos últimos como variables tiempo dependientes.

Resultados

Se incluyeron 81 pacientes, de ellos, 64 (79,0%) eran varones. La edad media fue de 73,0 años (desviación estándar -DE- 12,4). El peso medio de los pacientes fue de 73,5 kg (DE 15,7), la talla media fue de 1,63 m (DE 0,09), con un índice de masa corporal (IMC) de 27,9 kg/m² (DE 6,1). En cuanto a la función pulmonar, el FEV1 medio fue del 52,5% (DE 18,8) sobre el valor teórico, la FVC media fue del 78,5% (DE 21,1) sobre el valor teórico. En cuanto a las comorbilidades, la mediana del índice de Charlson fue 10 (rango intercuartílico -RIC- 4,5-15). La mediana del seguimiento fue de 71,7 meses (RIC 31,3-78,1).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las características clínicas entre los pacientes con y sin convivencia familiar. En cuanto al consumo de recursos sanitarios, aunque no se alcanzó a la significación estadística, sí se objetivó una tendencia a una mayor proporción de pacientes que vivían solos que tuvieron visitas a Urgencias por exacerbación (72,0% vs 50,0%, $p = 0,065$) e ingresos por exacerbación (68,0% vs 44,6%, $p = 0,052$).

Las Figuras 1 y 2 muestran las visitas a Urgencias por exacerbación e ingresos por exacerbación tras la recuperación del ingreso inicial según la

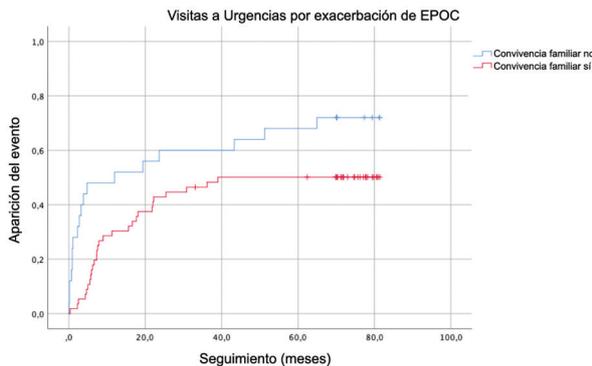


Figura 1. Visitas a Urgencias por exacerbación tras la recuperación del ingreso inicial según la convivencia familiar.

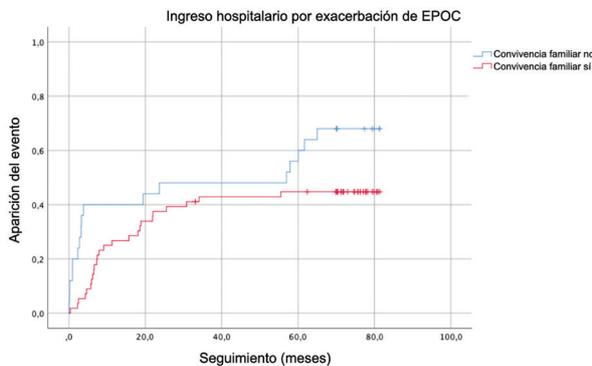


Figura 2. Ingresos por exacerbación tras la recuperación del ingreso inicial según la convivencia familiar.

convivencia familiar. Se objetivó una mayor presencia de visitas a Urgencias por exacerbación en los pacientes que vivían solos (log-rank 5,38 y $p = 0,020$) y una mayor presencia de ingresos por exacerbación en estos pacientes (log-rank 4,20 y $p = 0,040$). No se objetivaron diferencias significativas en la supervivencia según la convivencia con familiares.

Conclusiones

Los pacientes con EPOC que vivían solos tuvieron más visitas a Urgencias e ingresos por exacerbación de EPOC tras un primer ingreso en comparación con aquellos que convivían con familiares. El seguimiento de estos pacientes debe ser más estrecho para vigilar el empeoramiento de la EPOC.

47. Índice de atrapamiento aéreo: determinado mediante ecografía diafragmática en la valoración y clasificación de la obstrucción de vía aérea en pacientes con patrón obstructivo en la espirometría. José Daniel Cordero Márquez, Stephany Ivonne Briones Alvarado, Tinixara Hernández Hernández, Angelica María Quito Parra, Vanessa Gabriela Del Valle Gómez Siso, Walther Ivan Giron Matute. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

Introducción

El índice ecográfico de atrapamiento aéreo o M-mode index of obstruction (MIO), evalúa la relación entre la excursión diafragmática forzada en el primer segundo (FEDE1) y la excursión máxima (EDEMáx). Se ha correlacionado con el FEV1 y el FEV1/FVC para identificar pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), pero su uso podría extenderse a otras patologías con obstrucción de la vía aérea. Este estudio evalúa la capacidad diagnóstica del MIO en pacientes con patrón obstructivo por cualquier causa y su correlación con parámetros tradicionales para clasificar la severidad de la obstrucción.

Material y métodos

Se utilizó un diseño observacional, transversal y doble ciego, donde se incluyeron pacientes ≥ 18 años, que acudían a nuestro centro para realizar una espirometría, por seguimiento o como prueba diagnóstica. Se interpretaron los resultados según el consenso ERS/ATS 2022, clasificando a los pacientes en: normales, obstrucción leve-moderada y obstrucción grave-muy grave. Se excluyeron a pacientes: < 18 años, con mala ventana ecográfica, enfermedades neuromusculares, cirugías recientes, descompensación cardíaca o con comorbilidades que afectaran la función diafragmática. Posteriormente, se realizó una ecografía diafragmática, en decúbito supino con el cabecero a 30°. Utilizando un abordaje subcostal derecho, con sonda convex, en modo M, a través de una maniobra de inspiración máxima con espiración forzada con la boca abierta. Se determinó la relación porcentual entre FEDE1/EDEMáx (MIO). El promedio de 3 mediciones se utilizó para el análisis.

Resultados

Se incluyeron 44 pacientes normales y 29 con patrón obstructivo, dentro de los cuáles, 24 poseían obstrucción leve o moderada y cinco casos grave o muy grave. El MIO fue menor en el grupo obstructivo ($0,66 \pm 0,16$ vs.

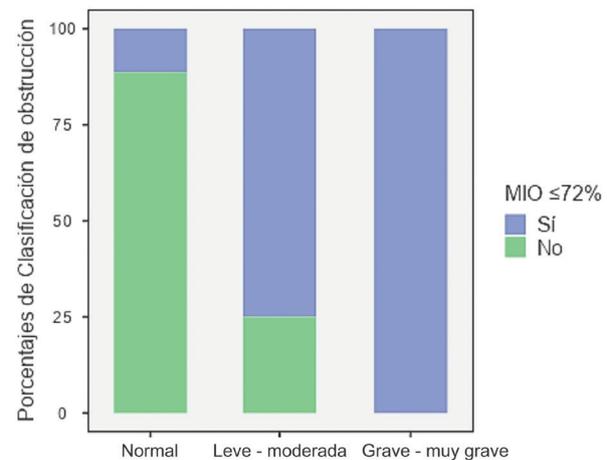


Figura 1. Capacidad del MIO menor o igual a 72% para identificar obstrucción según el grado de severidad.

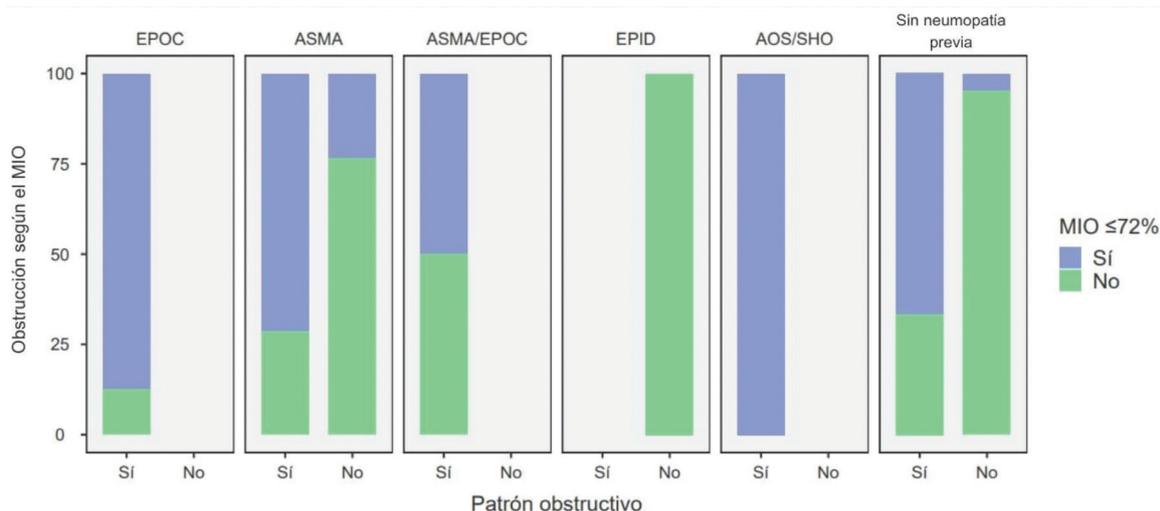


Figura 2. Capacidad del MIO menor o igual a 72%, para identificar obstrucción según las causas identificadas.

0.87 ± 0.13; $p < 0.001$), con una correlación positiva entre el MIO y el FEV1/FVC ($r = 0.607$, $p < 0.001$), al igual que con el FEV1 ($r = 0.478$, $p < 0.001$). El análisis de la curva ROC mostró que el punto de corte óptimo para discriminar entre normalidad y obstrucción era 72% (AUC 0.839, $p < 0.01$, sensibilidad 79.3%, especificidad 88.6%). En el análisis por grado de obstrucción no se pudo establecer puntos de corte a través del MIO. Aun así, e independientemente de la causa, el MIO $\leq 72\%$, identificó la obstrucción en el 75% de los casos leve o moderado y el 100% de los grave o muy grave. Además, clasificó como sanos a aquellos normales en el 88% de los casos (Figura 1 y 2).

Conclusiones

El MIO discrimina eficazmente entre pacientes con o sin obstrucción, con niveles óptimos de sensibilidad y especificidad, además de correlacionarse con valores espirométricos tradicionales, independientemente de su etiología. Pudiese complementar la evaluación de la patología pulmonar obstructiva, al proporcionar datos en tiempo real, principalmente cuando la colaboración del paciente es limitada. Futuros estudios deberán explorar su uso longitudinal al igual que el impacto en la práctica clínica diaria.

50. Confirmación diagnóstica en EPOC: el rol de la espirometría con broncodilatación en consultas de alta resolución en neumología. Milangela Rodríguez Valdivieso, Nuria Arenas Valls, Blas Rojo Moreno-Arrones, Rosa María López De Sagredo Paredes, Alejandro Moreno Segura, María Teresa Ramírez Prieto. *Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid., San Sebastián De Los Reyes, España*

Introducción

Los tres estudios más importantes realizados en España dirigidos a evaluar la prevalencia e impacto de la EPOC; IBERPOC, EPISCAN I y EPIESCAN II, determinaron una prevalencia de la EPOC en la población general española de 40 a 69 años de un 9,1%, y entre los 40 y 80 años del 10,2%, respectivamente, con 10 años de diferencia. Pese a estas cifras, la EPOC sigue siendo una enfermedad con elevados índices de infradiagnóstico, por lo que nos planteamos como objetivo principal asegurar que el 95% de los EPOC atendidos en Neumología tengan una espirometría con broncodilatador que confirme el diagnóstico de la enfermedad previo a iniciar cualquier tratamiento específico de la EPOC y como objetivo secundario valorar el impacto de la consulta de alta resolución en Neumología.

Material y métodos

Durante todo el año 2023 se realizaron espirometrías con test de broncodilatación a todos los pacientes que acuden a las consultas de Neumología con sospecha de EPOC. Desde enero de 2024 hasta marzo de 2024 se han revisado todas las historias clínicas de los pacientes nuevos atendidos en las consultas de Neumología con sospecha de EPOC. Se han registrado todos los diagnósticos de EPOC corroborado con espirometría con broncodilatación. En los casos sin espirometría, se ha evaluado la limitación para la disponibilidad de la misma. Indicador: Numero de EPOC con diagnóstico

de EPOC sin espirometría/Numero de EPOC atendidos en consultas de EPOC < 5%.

Resultados

Durante el año 2023 han sido atendidos 3868 pacientes nuevos en las consultas de Neumología del H.U. Infanta Sofía, de los cuales el 25 % (967) eran sospechas de EPOC o supuestos diagnósticos de EPOC mal controlados sin espirometrías previas que lo confirmaran. Se ha realizado una espirometría con test de broncodilatación en el 97% de los casos estableciendo diagnóstico de EPOC en el 79% de los mismos. En dos casos no se pudo realizar espirometría por imposibilidad del paciente para comprender las maniobras debido a su estado funcional.

En 764 (79%) de los pacientes se confirma el diagnóstico de EPOC y se dirige el tratamiento y seguimiento según el grado de obstrucción bronquial y situación clínica. En 201 casos (20.7%) se descartó EPOC. De estos, 50 casos (24%) tenían diagnóstico previo de EPOC y tratamiento para el mismo que les fue retirado.

Conclusiones

La EPOC sigue siendo una enfermedad infradiagnosticada que se beneficia de las consultas de alta resolución en Neumología. No se debe establecer el diagnóstico de una enfermedad con tan elevada morbi-mortalidad sin la realización de una espirometría con broncodilatación.

64. Impacto del ingreso hospitalario en la vacunación frente a virus respiratorios en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Santiago Muñoz-Nájara Jackson, Blanca María Huéllamo Ruiz, Sara Casado Andrés, Jose Ignacio De Granda Orive, Miguel Jiménez Gómez. *Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid., Madrid, España*

Introducción

La vacunación es un pilar fundamental en el manejo de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Las guías GOLD 2025 recomiendan la inmunización frente gripe, neumococo, SARS-COV-2, virus respiratorio sincitial, herpes zoster y tos ferina en estos pacientes.

El objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia de vacunación en pacientes hospitalizados por agudización de EPOC y analizar el efecto de la recomendación durante el ingreso en la vacunación posterior.

Material y métodos

Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico previo de EPOC que ingresaron en nuestro centro (Hospital 12 de Octubre) con agudización de EPOC como diagnóstico principal entre octubre y diciembre de 2024. Al alta, se recomendó la vacunación mediante comunicación verbal o registro en el informe médico. Se recopilaron datos epidemiológicos, clínicos y del estado de vacunación al ingreso y a los dos meses posteriores, accediendo a la historia clínica digital del sistema de salud de la Comunidad de Madrid. Se realiza estadística descriptiva para analizar los datos.

Tabla 1. Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes incluidos en el estudio

Edad, mediana (RIQ)	70 (65-76,3)
Hombres, n (%)	24 (60%)
Fumadores activos, n (%)	15 (37,5%)
Índice años-paquete, mediana (RIQ)	50 (35-75)
Obstrucción al flujo aéreo, n (%)	
Moderada (FEV ₁ 50-79%)	14 (35%)
Grave (FEV ₁ 30-49%)	19 (47,5%)
Muy grave (FEV ₁ < 30%)	7 (17,5%)
Estadio GOLD, n (%)	
B	9 (22,5%)
E	31 (77,5%)
Eosinofilia en sangre periférica, n (%)	
0-100 cels/uL	9 (22,5%)
101-300 cels/uL	22 (55%)
> 300 cels/uL	9 (22,5%)
Apnea obstructiva del sueño, n (%)	17 (42,5%)
Comorbilidad cardiovascular, n (%)	
Hipertensión Arterial	32 (80%)
Dislipemia	25 (62,5%)
Diabetes Mellitus	16 (40%)
Insuficiencia cardiaca	10 (25%)
Cardiopatía isquémica	6 (15%)
Fibrilación auricular	5 (12,5%)
Calcio coronario en TC de tórax	28 (70%)

FEV1: Forced Expiratory Volume in first second. GOLD: Global Obstructive Lung Disease. RIQ: rango intercuartílico. TC: Tomografía Computarizada.

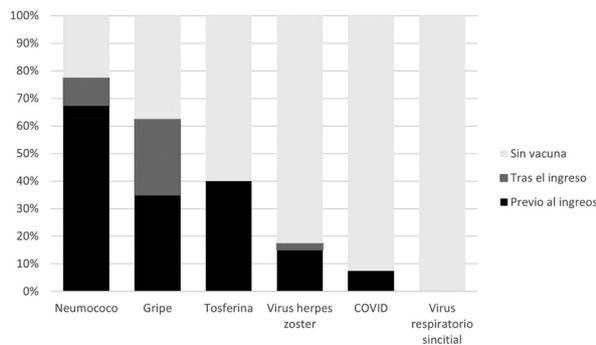


Figura 1. Representación gráfica del porcentaje de pacientes con EPOC vacunados, antes del ingreso (negro) y tras el ingreso (gris) por agudización de EPOC.

Resultados

Se incluyeron 40 pacientes, cuyas características clínicas y epidemiológicas se resumen en la Tabla 1. Al momento del ingreso, la vacuna con mayor cobertura poblacional fue la del neumococo, siendo esta del 67,5%. Dos meses después del alta, entre los no vacunados previamente, 13 (32,6%) habían recibido alguna vacuna: el 42,3% frente a la gripe, el 30,7% frente a neumococo y un 2,94% frente a Herpes-Zoster. La cobertura de vacunación

tras el ingreso superó el 60% para neumococo y gripe A, manteniéndose por debajo del 40% para tos ferina, herpes zóster y virus respiratorio sincitial (Figura 1).

Conclusiones

En nuestra serie de pacientes con EPOC, predominantemente de alto riesgo, las tasas de vacunación fueron bajas, incluso tras el ingreso hospitalario. Estos resultados subrayan la necesidad de estrategias más proactivas para mejorar la cobertura de vacunación en este grupo de pacientes.

82. Evaluación inicial de los pacientes incluidos en un programa multidisciplinar de rehabilitación respiratoria. David Martos Ruiz, Antonio Crespo Muñoz, Ana Isabel Sevillano Castaño, Rosalía De Dios Álvarez, Silvia Llopis Salinero, Mariara Antonieta Calderón Alcalá. *Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España*

Introducción

La Rehabilitación Respiratoria se ha demostrado como intervención terapéutica fundamental en el manejo de las bronquiectasias y la EPOC con impacto positivo en calidad de vida, agudizaciones y supervivencia. Se constituyó un programa de Rehabilitación Respiratoria Multidisciplinar en el HUIL/HVT con intervención de Rehabilitación y Fisioterapia, Nutrición, Psicología clínica y Neumología.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo. Se reclutaron todos los pacientes derivados al PRR entre 02/2023 y 04/2024. Se recogieron las variables demográficas, antropométricas y clínicas. Análisis de datos según SPSS v.23.

Resultados

Se incluyeron en el programa 70 pacientes: 39% bronquiectasias; 54% EPOC; 3% EPID y 4% Asma bronquial como diagnósticos principales. Del grupo EPOC, 48.57% eran no agudizadores frente a 51.43% agudizadores.

Se observó: 9 (13.43%) pacientes eran fumadores activos, frente a 18 (26.87%) que nunca fumaron. Se constató como comorbilidad un 30% de AOS; 22.39% de asma y 6% de déficit de α -1 antitripsina. La comorbilidad más frecuente fue HTA (43%). 4.55% tenían antecedente de cardiopatía isquémica previo al PRR. 5 (7.58%) fueron evaluados para trasplante pulmonar. Ninguno padecía de cáncer de pulmón. El índice de Charlson medio fue de 2 (\pm 1.69).

En cuanto a pruebas de función pulmonar: FEV1 medio fue 64.03 (\pm 30.22), la FVC de 79.04 (\pm 24.50), el cociente FEV1/FVC 64 (\pm 29), la DLCO 82.83 (\pm 34.34) con KCO 90.50 (\pm 31.95), el RV inicial 188.3 (\pm 83.55) y la relación RV/TLC 119.1 (\pm 57.73).

La disnea basal (mMRC) fue de 3.30 (\pm 0.86), el CAT 15.79 (\pm 6.86). La actividad física basal medida por LCADL (escala London Chest Activity of Daily Living) fue 20.65 \pm 9.97.

21 pacientes (30.88%) tuvieron aislamientos previos. El MPP más frecuente fue *P. aeruginosa* (19.05%), seguido de *H. influenzae* (solo o en combinación con otros MPP) y de *K. pneumoniae*, ambos con 4.76. Se aislaron en 2 pacientes (10.52%) micobacterias no tuberculosas (*M. avium* y *M. fortuitum*, respectivamente).

67 pacientes (95.71%) de la muestra empleaban tratamiento inhalado, con predominio de la triple terapia (61.19%); (2.99%) realizaban antibioterapia específica inhalada. 6 (8.96%) de los pacientes tenían prescripción de oxígeno portátil, 6 (8.96%) de domiciliario y 14 (20.9%) de ambos, y 4 (6.06%) empleaban ventilación no invasiva. En cuanto a la vacunación, 36 (53.73%) pacientes tenían actualizada la vacunación para SARS-CoV-2 y gripe, 11 (16.42%) solo para gripe y 6 (8.96%) solo para SARS-CoV-2. 8 (11.94%) no emplearon ninguna de las dos vacunas.

Conclusiones

- La población incluida refleja elevada carga sintomática por CAT
- En los pacientes con EPOC se incluyeron porcentajes similares de agudizadores y no agudizadores, con ligera mayoría en agudizadores
- Sólo la mitad de la muestra está vacunada en base a las recomendaciones de la CAM
- Se constató la AOS como una comorbilidad muy frecuente
- Un 30.88% de los pacientes presentaron aislamientos de MPP en el año previo

Tabla 1. Variables obtenidas

Variable	Resultado	%	
Sexo	Masculino	36	51.43%
	Femenino	34	48.57%
Edad	64.88 ± 9.81		
Peso	70.94 ± 18.41		
IMC	26.88 ± 5.93		
HTA	27	40.3%	
DM	5	7.46%	
Tabaco	Nunca	18	26.87%
	Activo	9	13.43%
	Extabaquismo	40	59.70%
Asma	15	22.39%	
EPOC	40	55.56%	
	No agudizador	17	48.57%
	Agudizador eosinofílico	13	37.14%
	Agudizador no eosinofílico	5	14.29%
Bronquiectasias	32	43.24%	
Apnea obstructiva del sueño	19	29.69%	
Alergia respiratoria	5	7.58%	
Exposición laboral	17	25.37%	
Déficit de α-1 antitripsina	4	5.97%	
Inmunodeficiencia	3	4.47%	
Pretrasplante pulmonar	5	7.58%	
Infarto agudo de miocardio	3	4.55%	
Insuficiencia cardíaca crónica	2	2.90%	
Demencia	1	1.45%	
ICTUS	2	2.99%	
Hemiplejía	0	0%	
Conectivopatía	3	4.48%	
Reflujo gastroesofágico	11	16.42%	
Neoplasia de órgano sólido	9	13.43%	
Índice de Charlson	1.69 ± 2.41		
FEV1 inicial (%)	64.03±30.22		
FVC inicial (%)	79.04±24.50		
FEV1/FVC inicial (%)	64±29		
DLCO inicial (%)	82.83±34.34		
KCO inicial (DLCO/VA) (%)	90.50±31.95		
TLC inicial (%)	119.4±30.54		
RV inicial (%)	188.3±83.55		
RV/TLC (%)	119.1±57.73		
Terapia inhalada	No	10	14.93%
	LAMA	1	1.49%
	LABA/LAMA	6	8.96%
	LABA/glucocortico ide inhalado (GCi)	9	13.43%
	LABA/LAMA/GCi	41	61.19%
Antibioterapia inhalada	2	2.99%	
Oxigenoterapia	No	41	61.19%
	Domiciliario	6	8.96%
	Portátil	6	8.96%
	Ambos	14	20.90%
Ventilación mecánica no invasiva (VNI)	4	6.06%	
Vacunación	Gripe	11	16.42%
	SARS-CoV2	6	8.96%
	Ambas	36	53.73%
	Ninguna	8	11.94%
Aislamientos respiratorios	21		30.88%
	<i>P. aeruginosa</i>	4	19.05%
	<i>H. influenzae (total)</i>	3	14.29%
	+ <i>M. catarrhalis</i>	1	4.76%
	+ <i>P. mirabilis</i>	1	4.76%
	<i>K. pneumoniae</i>	3	14.29%
	<i>E. coli</i>	1	4.76%
	<i>S. aureus</i> + <i>S. pneumoniae</i>	1	4.76%
	<i>S. marcescens</i> + <i>S. maltophilia</i>	1	4.76%
	<i>A. xyloxidans</i>	1	4.76%
	<i>M. fortuitum</i>	1	4.76%
	<i>M. avium</i>	1	4.76%
	Éxitus	2	2.86%

Tabla 1. Variables obtenidas

Variable	Resultado	%	
Sexo	Masculino	36	51.43%
	Femenino	34	48.57%
Edad	64.88 ± 9.81		
Peso	70.94 ± 18.41		
IMC	26.88 ± 5.93		
HTA	27	40.3%	
DM	5	7.46%	
Tabaco	Nunca	18	26.87%
	Activo	9	13.43%
	Extabaquismo	40	59.70%
Asma	15	22.39%	
EPOC	40	55.56%	
	No agudizador	17	48.57%
	Agudizador eosinofílico	13	37.14%
	Agudizador no eosinofílico	5	14.29%
Bronquiectasias	32	43.24%	
Apnea obstructiva del sueño	19	29.69%	
Alergia respiratoria	5	7.58%	
Exposición laboral	17	25.37%	
Déficit de α-1 antitripsina	4	5.97%	
Inmunodeficiencia	3	4.47%	
Pretrasplante pulmonar	5	7.58%	
Infarto agudo de miocardio	3	4.55%	
Insuficiencia cardíaca crónica	2	2.90%	
Demencia	1	1.45%	
ICTUS	2	2.99%	
Hemiplejía	0	0%	
Conectivopatía	3	4.48%	
Reflujo gastroesofágico	11	16.42%	
Neoplasia de órgano sólido	9	13.43%	
Índice de Charlson	1.69 ± 2.41		
FEV1 inicial (%)	64.03±30.22		
FVC inicial (%)	79.04±24.50		
FEV1/FVC inicial (%)	64±29		
DLCO inicial (%)	82.83±34.34		
KCO inicial (DLCO/VA) (%)	90.50±31.95		
TLC inicial (%)	119.4±30.54		
RV inicial (%)	188.3±83.55		
RV/TLC (%)	119.1±57.73		
Terapia inhalada	No	10	14.93%
	LAMA	1	1.49%
	LABA/LAMA	6	8.96%
	LABA/glucocortico ide inhalado (GCi)	9	13.43%
	LABA/LAMA/GCi	41	61.19%
Antibioterapia inhalada	2	2.99%	
Oxigenoterapia	No	41	61.19%
	Domiciliario	6	8.96%
	Portátil	6	8.96%
	Ambos	14	20.90%
Ventilación mecánica no invasiva (VNI)	4	6.06%	
Vacunación	Gripe	11	16.42%
	SARS-CoV2	6	8.96%
	Ambas	36	53.73%
	Ninguna	8	11.94%
Aislamientos respiratorios	21		30.88%
	<i>P. aeruginosa</i>	4	19.05%
	<i>H. influenzae (total)</i>	3	14.29%
	+ <i>M. catarrhalis</i>	1	4.76%
	+ <i>P. mirabilis</i>	1	4.76%
	<i>K. pneumoniae</i>	3	14.29%
	<i>E. coli</i>	1	4.76%
	<i>S. aureus</i> + <i>S. pneumoniae</i>	1	4.76%
	<i>S. marcescens</i> + <i>S. maltophilia</i>	1	4.76%
	<i>A. xyloxidans</i>	1	4.76%
	<i>M. fortuitum</i>	1	4.76%
	<i>M. avium</i>	1	4.76%
	Éxitus	2	2.86%

83. Evaluación de los resultados al finalizar el programa multidisciplinar de rehabilitación respiratoria. David Martos Ruiz, Antonio Crespo Muñoz, María Jesús Buendía García, Sheila Moreno Moreno, Javier Encinas Diaz, África Alcorta Mesas. Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

Introducción

La Rehabilitación Respiratoria se ha demostrado como intervención terapéutica fundamental en el manejo de las bronquiectasias y la EPOC con impacto positivo en calidad de vida, agudizaciones y supervivencia. Se

constituyó un programa de Rehabilitación Respiratoria Multidisciplinar en el HUIL/HVT con intervención de Rehabilitación y Fisioterapia, Nutrición, Psicología clínica y Neumología.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo. Se reclutaron todos los pacientes derivados al PRR entre 02/2023 y 04/2024. Se recogieron las variables demográficas, antropométricas y clínicas. Análisis de datos según SPSS v.23.

Resultados

Se analizaron 70 pacientes: varones en un 51.43%; edad media de 64.88 (± 9.81); IMC medio 26.88 (± 5.93). La comorbilidad más frecuente fue la HTA (40.3%), seguida de la apnea obstructiva del sueño (30%). 9 eran fumadores activos (13.46%), 40 exfumadores (59.7%). 2 pacientes fallecieron (2.86%), ninguno de los cuales llegó a realizar íntegro el programa.

La duración media del PRR fue de 71.51 (± 14.59) días. 6 pacientes no completaron el PRR (8.57%): 3 pacientes no lo iniciaron (4.29%) y 3 no lo finalizaron (4.29%). De los 64 que completaron el programa el diagnóstico principal fue de EPOC (40 pacientes, 62.5%), Bronquiectasias (29, 45.3%), EPID (2, 3.13%) y Asma (3, 4.69%).

Se constató mejoría estadísticamente significativa en CAT (COPD Assessment Test, $p < 0.0001$), disnea (mMRC, $p < 0.0001$), ansiedad como rasgo (STAI-AR, $p = 0.0103$), distancia y disnea el test de 6 minutos marcha (T6MM, $p < 0.0001$), resultados en sit to stand test 1 min (STST, $p < 0.0001$), 1 min step (1MS, $p < 0.0001$), dinamometría de mano (DM) derecha ($p = 0.01$), pico inspiratorio máximo (PIM, $p < 0.0001$), circometría de expansión costal (CEC, $p < 0.0001$) y capacidad vital forzada (CVF, $p = 0.019$). Se observó tendencia a la disminución del IMC ($p = 0.0577$) y al aumento del pico espiratorio máximo (PEM, $p = 0.058$). No se observaron diferencias en peso, actividad física, fatiga muscular en el T6MM, DM izquierda ni FEV1.

Conclusiones

- Al finalizar el PRR se observó mejoría estadísticamente significativa tanto a nivel de sintomatología (mMRC, CAT), funcional (T6MM, STST 1MS, Dmd, PIM, CEC, CVF) como mental (STAI-AR) en nuestra población
- Se observó una tendencia a la disminución del IMC y aumento del PEM
- Los fallecimientos ocurrieron en el grupo de pacientes EPOC.

Tabla 2. Comparativa inicial-final

Variable		Resultado	Diferencia	p
Peso	Inicial	70.94 \pm 18.41	-0.83 \pm 4.02	0.2449
	Final	69.08 \pm 14.72		
IMC	Inicial	26.88 \pm 5.93	-2.88 \pm 9.33	0.0577
	Final	23.97 \pm 8.78		
London physical activity test (Actividad física)	Inicial	20.65 \pm 9.97	+0.43	0.83
	Final	21.08 \pm 13.38		
STAI-AR (ansiedad)	Inicial	28.56 \pm 6.18	-2.02	0.0103
	Final	26.54 \pm 4.83		
CAT	Inicial	15.79 \pm 6.86	-6.36	< 0.0001
	Final	9.15 \pm 5.73		
Disnea (mMRC)	Inicial	3.30 \pm 0.86	-1.15	< 0.0001
	Final	2.15 \pm 1.09		
T6MM	Inicial	341.5 \pm 87.7	+63.53	< 0.0001
	Final	404.6 \pm 110.2		
EVA Disnea T6MM	Inicial	5.27 \pm 0.99	-1.53	< 0.0001
	Final	3.74 \pm 3.74		
EVA Fatiga T6MM	Inicial	0.17 \pm 0.70	+0.08	0.3672
	Final	0.26 \pm 0.73		
Sit to stand test 1 min	Inicial	19.52 \pm 5.39	+6.20	< 0.0001
	Final	25.72 \pm 7.86		
1 min step	Inicial	90.35 \pm 21.26	+18.61	< 0.0001
	Final	108.1 \pm 25.54		
Dinamometría de mano	Derecha	Inicial	+1.56	0.01
		Final		
	Izquierda	Inicial	-0.23	0.309
		Final		
PIM	Inicial	83.95 \pm 63.76	+11.44	< 0.0001
	Final	87.54 \pm 28.25		
PEM	Inicial	91.41 \pm 29.57	+4.78	0.058
	Final	95.20 \pm 28.20		
Circometría de expansión costal	Inicial	2.73 \pm 1.41	+0.63	< 0.0001
	Final	3.37 \pm 1.46		
FEV1 (ml)	Inicial	1603 \pm 774	+70	0.1015
	Final	1648 \pm 775		
FVC (ml)	Inicial	2572 \pm 834.4	+158.1	0.019
	Final	2786 \pm 90.6		
FEV1/FVC	Inicial	0.63	-0.01	0.1708
	Final	0.59		

84. Programa multidisciplinar de rehabilitación respiratoria: evaluación de resultados clínicos al año. David Martos Ruiz, Antonio Crespo Muñoz, Cristina García Vila, Laura Pérez Luna, María Jesús De Frutos Lobo, Mariara Antonieta Calderón Alcalá. Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

Introducción

La Rehabilitación Respiratoria se ha demostrado como intervención terapéutica fundamental en el manejo de las bronquiectasias y la EPOC con impacto positivo en calidad de vida, agudizaciones y supervivencia. Se constituyó un programa de Rehabilitación Respiratoria Multidisciplinar en el HUIL/HVT con intervención de Rehabilitación y Fisioterapia, Nutrición, Psicología clínica y Neumología.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo. Se reclutaron todos los pacientes derivados al PRR entre 02/2023 y 04/2024. Se analizó al año hasta aquellos pacientes que finalizaron en 12/2023. Se recogieron las variables demográficas, antropométricas y clínicas. Análisis de datos según SPSS v.23.

Resultados

Del total de pacientes de la muestra, 25 finalizaron el programa antes de 12/2023, con un 44% en PRR bronquiectasias y 56% en PRR EPOC. 60% eran mujeres. La edad media fue de 64.45 (± 9.07). La comorbilidad más frecuente fue la HTA (48%), seguida de la AOS (40%). El 60% de los pacientes eran exfumadores, el 12 % fumadores activos y el 28% nunca habían fumado. Un 16% doble terapia glucocorticoide/LABA y 56% triple terapia; ninguno antibióterápica específica inhalada. Un 60% no necesitaba oxigenoterapia, 8% sólo portátil, 16% sólo domiciliario y 16% ambos. Un 16% requería ventilación no invasiva nocturna. No se observaron éxitos tras la finalización del programa.

Al año del PRR se observó menor número de aislamientos microbiológicos ($p = 0.0052$) y una mejoría en los índices BODE ($p < 0.0001$) y BODEx ($p < 0.0001$), así como reducción de las visitas a Urgencias ($p = 0.0195$). Aunque se observó disminución de las agudizaciones, no hubo significación estadística ($p = 0.1499$), tampoco en cuanto a necesidad de hospitalización.

Conclusiones

- Al año de completar el PRR se evidenció una reducción estadísticamente significativa del aislamiento de microorganismos potencialmente patógenos (MPP).
- Se objetivó una disminución significativa de las visitas a urgencias.
- Se constató una disminución estadísticamente significativa de las escalas BODE y BODEx.

Tabla 1. Variables obtenidas

Variable	Resultado	Porcentaje
Edad	64,45 \pm 9,07	
Sexo	Masculino	10
	Femenino	15
Tipo de PRR	EPOC	14
	Bronquiectasias	11
Tabaco	Nunca	7
	Exfumadores	15
	Fumadores activos	3
Hipertensión arterial	12	48%
Diabetes Mellitus	3	12%
Asma	7	28%
Apnea obstructiva del sueño	10	40%
Infarto agudo de miocardio (antecedente)	1	4%
Hepatopatía	1	4%
Conectivopatía	3	12%
RGE	6	24%
ID	2	8%
Neo	3	12%
Depresión	2	8%
Terapia inhalada	No	7
	LABA + Glucocorticoide inh.	4
	Triple terapia	14
Déficit de α -1 antitripsina	1	4%
Oxigenoterapia	Domiciliaria	4
	Portátil	2
	Ambas	4
Ventilación no invasiva	4	16%

Tabla 2. Comparativa año previo-año posterior

Variable		Resultado	Porcentaje	p
Aislamientos	Año previo	21	30.88%	0.0052
	Año posterior	5	16.13%	
BODE	Año previo	3.93±2.45		< 0.0001
	Año posterior	1.78±1.96		
BODEx	Año previo	6.28±2.03		< 0.0001
	Año posterior	5.43±2.24		
Agudizaciones de la enfermedad de base	Año previo	1.21±1.41		0.1499
	Año posterior	0.61±0.96		
Moderadas	Año previo	0.46±0.88		0.0742
	Año posterior	0.37±0.72		
Atendidas en Urgencias	Año previo	0.61±1.28		0.0195
	Año posterior	0.18±0.48		
Con necesidad de hospitalización	Año previo	0.31±0.56		1
	Año posterior	0.25±0.52		

91. Perfiles de agudización de EPOC. Raul Moreno Zabaleta^{1,2}, Carlos Rubio Otaola³, José Andres García Romero De Tejada¹, Emma Vázquez Espinosa⁴, Leonardo Saldaña Perez⁵, Martha Vidal Ortolá⁶. ¹Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid., ²San Sebastián De Los Reyes, España, ³Universidad Europea de Madrid. Facultad de Medicina, Salud y Deporte, Madrid, España, ⁴Hospital Universitario de Araba, Vitoria, Alava, España, ⁵Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España, ⁶Hospital Universitario de Getafe, Madrid., Madrid, España, ⁸Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid., Madrid, España

Introducción

La EPOC es una de las enfermedades más prevalentes del mundo con una elevada morbimortalidad. Supone la cuarta causa de muerte mundial. Las agudizaciones impactan en la progresión de la enfermedad y en la mortalidad. GesEPOC en 2017 indicaba que estas agudizaciones podían presentar hasta cuatro perfiles diferentes. El objetivo de este trabajo es evaluar la prevalencia de estos cuatro perfiles y analizar las posibles diferencias entre ellos.

Material y métodos

Estudio prospectivo multicéntrico (Hospital Infanta Sofía, Hospital de La Princesa, Hospital de Getafe y Fundación Jiménez Díaz) que incluye ingresos en neumología por agudización de EPOC desde el Enero 2022 hasta el Junio 2024, excluyendo los meses de verano.

Los perfiles de agudización se establecieron siguiendo las siguientes definiciones:

- Perfil de Agudizador: Pacientes con al menos un ingreso por agudización de EPOC en el año previo al ingreso actual, pero con un tiempo superior a 4 semanas desde el último ingreso.
- Perfil de Recaída: Pacientes con un ingreso por agudización de EPOC en menos de 4 semanas desde un ingreso previo por el mismo motivo.
- Perfil de Fracaso terapéutico: Pacientes con ingreso de más de 10 días de duración independientemente de si cumplen criterios de los otros tres grupos.
- Perfil de No agudizador: Pacientes sin ingreso por agudización en el último año.

Variables: Generales: edad, sexo, IMC y días de ingreso; Situación basal: disnea basal, CAT, actividad física, ansiedad y depresión, situación y cuidador principal; Comorbilidades; Variables del ingreso: disnea al ingreso, neumonía, fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca, insuficiencia respiratoria, ventilación mecánica y aislamientos microbiológicos; Tratamiento de base; Análisis al ingreso. El análisis estadístico se realizó usando usando el test de chi cuadrado para las tablas de contingencia y ANOVA para la comparación de medias.

Resultados

Se han incluido 340 ingresos por agudización de EPOC. La edad media fue de 73 ± 8.5 años y 237 (70%) fueron varones. La media de días de ingreso fue de 7 ± 5 días. 97 (28%) eran aún fumadores activos. Los dos perfiles de agudización más frecuentes fueron el de agudizador 127 (38%) y el no agudizador 102 (30%). La comorbilidad más frecuente fue la HTA 238 (70%) y

Tabla 1. Variables generales y comorbilidad

Variable	Total	Agudizador	Recaída	Fracaso	No agudizador	p
n	340;100%	128;38%	61;18%	49;14%	102;30%	
Edad	74 8,5	75 ± 7,7	73 ± 8,7	73 ± 7,9	72 ± 9,4	0,061
Varones	237;70%	90;70%	45;74%	32;65%	70;69%	0,803
Días ingreso	7 ± 5	5,7 ± 4,3	5,4 ± 2	16 ± 22	5,2 ± 3,8	0,001
Comorbilidad						
Obesos	77;23%	26;20%	11;18%	8;16%	31;31%	0,082
Tabaco activo	97;28%	37;29	13;21%	14;29%	33;32%	0,443
Charlson	4 ± 2,5	4,2 ± 2,7	4,5 ± 2,6	4,0 ± 2,4	3,5 ± 2,1	0,082
HTA	238;70%	96;75%	39;64%	39;80%	64;63%	0,065
DM	94;28%	40;31%	16;26%	12;24%	26;25%	0,712
Dislipemia	181;53%	69;54%	35;57%	29;59%	48;47	0,444
AOS	110;32%	37;29%	20;33%	12;24%	41;40%	0,178
EPID	1;0,5%	1;1%	0;0%	0;0%	0;0%	0,642
Conectivopatía	31;9%	6;5%	2;3%	1;2%	6;6%	0,709
Insuf. Renal	31;9%	17;13%	6;10%	4;8%	4;4%	0,101
Hepatopatía	22;10%	6;5%	8;13%	6;12%	13;13%	0,111
Gastropatía	27;8%	11;9%	6;10%	2;4%	8;8%	0,715
Cardiopatía	121;36%	50;39%	17;28%	17;34%	37;36%	0,512
FA crónica	55;16%	23;18%	6;10%	9;18%	17;17%	0,517
Cáncer previo	75;22%	34;26%	10;16%	14;29%	17;17%	0,138
Depresión	60;18%	26;20%	6;10%	13;26%	15;15%	0,094
Ansiedad	58;17%	24;18	9;15%	13;26%	12;12%	0,132
Infec. crónica	38;11%	20;51%	6;10%	8;16%	5;5%	0,050

Tabla 2. Situación basal, espirometría, complicaciones del ingreso y análisis al ingreso. OCD: Oxígeno domiciliario; VMD: ventilación domiciliaria; CI: corticoide inhalado; FA: fibrilación auricular en el ingreso; ICC: insuficiencia cardiaca en el ingreso; VNI: ventilación en el ingreso

Variable	Total	Agudizador	Recaída	Fracaso	No agudizador	p
n	340;100%	128;38%	61;18%	49;14%	102;30%	
Basal						
mMRC > 2	142;42%	64;50%	24;39%	25;51%	29;28%	0,005
CAT	18 ± 7,8	19 ± 7,9	19 ± 8,0	20 ± 7,4	16 ± 7,1	0,002
SAQ-COPD	8,8 ± 10,3	6,96 ± 8,6	9,6 ± 11,2	9,37 ± 11,8	10,65 ± 10,83	0,051
Barthel	93 ± 12	91 ± 14	93 ± 2	92 ± 2	96 ± 8	0,024
Lawton/Brody	6,1 ± 2,2	5,9 ± 2,2	6,28 ± 2,19	5,73 ± 2,26	6,50 ± 2,17	0,120
Vive Solo	74;22%	28;22%	11;18%	9;18%	26;25%	0,645
OCD	181;53%	80;62%	29;47%	34;69%	38;37%	0,000
VMD	50;15%	30;23%	6;10%	9;18%	5;5%	0,001
CI	273;80%	108;84%	49;80%	43;88%	73;71%	0,046
Mucolítico	76;22%	31;24%	14;23%	12;24%	19;19%	0,750
Espirometría						
FEV1	1131 ± 492	1060 ± 390	1193 ± 483	1074 ± 452	1412 ± 607	0,070
FEV1%	49 ± 17	47 ± 17	50 ± 17	44 ± 15	53 ± 19	0,016
FEV1% < 50	186;55%	76;59%	33;54%	30;61%	47;46%	0,169
Ingreso						
Neumonía	53;16%	13;10%	14;23%	9;18%	17;17%	0,124
TEP	8;2%	2;2%	1;2%	4;8%	1;1%	0,036
FA	65;19%	28;22%	7;11%	12;24%	18;18%	0,262
ICC	79;23%	32;25%	15;25%	12;24%	20;20%	0,781
I.Respiratoria	310;91%	120;94%	55;90%	47;96%	88;86%	0,136
VNI	125;37%	51;40%	15;25%	28;57%	31;30%	0,002
Aislamiento microbiológico	114;33%	37;30%	21;34%	26;53%	30;29%	0,015
Análisis						
Leucocitos	13,7 ± 12,9	16,1 ± 19,7	12,9 ± 5,3	12,8 ± 6,1	11,5 ± 5,3	0,052
Eosinófilos	198 ± 914	160 ± 173	422 ± 2135	134 ± 100	143 ± 140	0,212
PCR	67 ± 81	69 ± 79	61 ± 84	67 ± 79	71 ± 85	0,892
Hemoglobina	14,0 ± 2,0	13,9 ± 2,0	14,0 ± 1,9	13,7 ± 2,2	14,2 ± 2,04	0,358
Glucosa	141 ± 124	143 ± 61	135 ± 48	145 ± 55	139 ± 51	0,772
pH	7,39 ± 0,07	7,39 ± 0,07	7,40 ± 0,06	7,36 ± 0,08	7,39 ± 0,06	0,029
paCO2	47 ± 16	48 ± 19	44 ± 13	51 ± 17	44 ± 14	0,057

el FEV1 medio de 1132 (49%). La comorbilidad y el grado de obstrucción en cada perfil de agudización se muestran en la tabla 1. Las características basales y las variables relacionadas con el ingreso de cada perfil de agudización se muestran en la tabla 2. Sólo hubo un exitus en el total de ingresos.

Conclusiones

1. Los dos perfiles de agudización más frecuentes fueron el agudizador y el no agudizador.
2. La comorbilidad más frecuente fue la HTA. No hubo diferencias entre los grupos en la comorbilidad salvo en infección crónica
3. Se encontraron diferencias entre los grupos en el grado de disnea, la necesidad de oxígeno y ventilación en casa, el FEV1, la necesidad de ventilación en el ingreso, el aislamiento microbiológico y el pH.

119. Cribado de la EPOC: ¿conseguiremos su implantación sistemática en la población general? Gabriella Manzanares Cavin¹, Manuel Mor Martínez², Alicia Oliva Ramos¹, Rosa Isabel Marín Aguilera², Rosa María Gómez García¹, Luis Puente Maestu². ¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España, ²Madrid., Madrid, España

Introducción

Según los estudios existe un alto porcentaje de infradiagnóstico de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Durante el día Mundial de la EPOC celebrado el 20 de Noviembre de 2024, se realizó un cribado a la población general. El objetivo fue la detección de casos de infradiagnosticados y poner en valor la importancia del diagnóstico mediante espirometría, debido a la repercusión positiva en el inicio de un tratamiento precoz para frenar la evolución de la enfermedad.

Material y métodos

Estudio transversal descriptivo. Se aplicó un cuestionario de detección de posibles casos de EPOC (COPD-PS) y una posterior espirometría portátil con el sistema "COPD-6 Vitalograph". Se han recogido todos los valores derivados del cuestionario, así como los siguientes resultados de la espirometría: FEV1 (Volumen espirado máximo en el primer segundo de la espiración forzada), FEV6 (Volumen espirado máximo durante los 6 segundos de la espiración forzada) y Relación FEV1/FEV6, de acuerdo a edad, talla y sexo. Dicho estudio se ha realizado de forma aleatoria y voluntaria a toda aquella persona interesada que acudió a la mesa informativa durante el día Mundial del EPOC 2024 a las puertas de un complejo hospitalario de tercer nivel.

Resultados

Se incluyó una muestra de 46 sujetos, de los cuales 25 (54%) afirmaron ser fumadores o haber fumado más de 100 cigarrillos en toda su vida y 21 (45%) ser no fumadores. El 52% eran mujeres y el 48% hombres. La media de edad se sitúa en los 54 años. La mediana del cuestionario es 3 que correspondería con bajo probabilidad para padecer EPOC (inferior a 4 corresponde con baja probabilidad de padecer EPOC). Del total de la muestra, se obtuvieron 4 casos de obstrucción definida por Relación FEV1/FEV6 inferior a 0.7. De esos 4 casos, tres fumaban o habían fumado. El no fumador estaba diagnosticado de asma bronquial. Entre los fumadores, dos estaban diagnosticados de EPOC y el tercero no.

Conclusiones

El resultado arroja la detección de dos casos de EPOC ya conocidos y uno posible, al cual se le solicitará una espirometría reglada. Este estudio, por tanto, revela la importancia y utilidad de la combinación de un formulario y una espirometría portátil de fácil utilización como herramienta de cribado en el diagnóstico de EPOC, de especial importancia en pacientes fumadores.

134. Radiografía de los pacientes con EPOC en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Cristian Amaral De Sousa, Gonzalo De Vedia, Mayra Jiménez Méndez, Andrea Carrillo Pérez, Belén Molina García, Lara Bravo Quiroga. *Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid., Alcalá De Henares, España*

Introducción

Las exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son eventos clave en la historia natural de la enfermedad por el impacto deletéreo que tienen en el estado general de salud del paciente, el declive de la función pulmonar y un aumento del gasto sanitario. Algunos pacientes son susceptibles a exacerbaciones frecuentes, por lo que resulta de vital importancia conocer sus características.

Material y métodos

Objetivo: Conocer las características epidemiológicas, clínicas y radiológicas de los pacientes con EPOC del Hospital Universitario Príncipe de Asturias e identificar posibles factores asociados con un mayor riesgo de exacerbaciones moderadas y graves frecuentes.

Estudio de cohortes retrospectivo que analiza las características de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y su evolución clínica tras al menos una visita al Servicio de Urgencias desde el 1 de noviembre de 2023 hasta el 31 de enero de 2025. Se realizaron 2 grupos: pacientes exacerbadores, que son aquellos pacientes con 2 o más agudizaciones moderadas o, al menos una, que requiriese un ingreso hospitalario en un periodo de un año; y no exacerbadores.

Resultados

Se analizaron un total de 222 pacientes y se identificaron 147 (66,22%) pacientes exacerbadores, cuyas características epidemiológicas e ingresos hospitalarios se recogen en la tabla 1, y 73 pacientes no agudizadores.

Entre los 147 pacientes, la hipertensión arterial (54,42%), la diabetes mellitus (31,97%), la fibrilación auricular (17,01%) y la insuficiencia cardiaca (10,20%) fueron las comorbilidades más frecuentes, asociándose estas dos últimas de forma estadísticamente significativa ($p = 0,01$ y $0,04$; respectivamente) al hecho de pertenecer al grupo de exacerbadores.

La mayoría de los pacientes exacerbadores de nuestra muestra presentó un grado de obstrucción grave o muy grave (58,5%) según GOLD 2025 y son tratados, con una mayor frecuencia, con triple terapia broncodilatadora ($p = 0,01$) y oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD) ($p = 0,001$), frente a los no exacerbadores. En este grupo, el 29,7% tenían un grado de obstrucción grave o muy grave.

Tabla 1. Características epidemiológicas e ingresos hospitalarios

Características epidemiológicas		
Edad (años)	69,9 ± 9	
Sexo		
Masculino	92	62,59%
Femenino	55	37,41%
Tabaquismo		
No registrado	1	0,68%
Nunca fumadores	6	4,08%
Ex fumadores	90	61,22%
Fumadores activos	50	34,01%
Índice paquete-año (\bar{x})	52,79	
Ingresos hospitalarios		
Motivo de ingreso		
Agudización	101	71,63%
Neumonía	27	19,15%
Cáncer de pulmón	1	0,71%
Otros	12	8,51%
Días de hospitalización (\bar{x})		
≤ 7 días	62	43,97%
> 7 días	79	56,03%
Tratamiento durante el ingreso		
Ventilación mecánica no invasiva	54	38,30%
Terapia de alto flujo	5	3,55%
Unidad de Cuidados Intensivos	8	5,67%
Exitus	17	12,06%

No encontramos diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a grado de disnea, presencia de bronquiectasias y ser fumador activo. En cambio, en el grupo de no exacerbadores, la eosinofilia medida como > 300 eosinófilos/ μL en sangre era significativamente mayor ($p = 0,01$).

Conclusiones

Los pacientes con exacerbaciones frecuentes de EPOC tienen una mayor gravedad de obstrucción de la vía aérea. De manera significativa presentan mayor frecuencia de fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca, lo que podría sugerir mecanismos fisiopatológicos compartidos.

En el grupo de exacerbadores la indicación de triple terapia broncodilatadora y OCD es significativamente mayor. La eosinofilia periférica es mayor en el grupo de no exacerbadores.

188. Resultados preliminares de la validación y desarrollo del cuestionario CONOCETI: conocimiento del personal sanitario hospitalario sobre la técnica inhalatoria. Tinixara Hernández Hernández, Daniel López-Padilla, Rosa Isabel Marín, María Gómez Antúnez, Alicia Oliva Ramos, Julia García De Pedro. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid., Madrid, España*

Introducción

El preocupante desconocimiento por el personal sanitario sobre la técnica inhalatoria (TI) se ha demostrado en numerosos trabajos previos, pero no existe ningún instrumento adecuadamente validado para tal efecto. A falta de su desarrollo definitivo, el objetivo fue presentar los resultados preliminares de las respuestas obtenidas hasta el momento.

Material y métodos

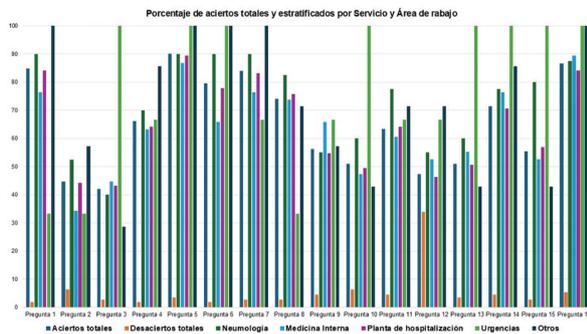
Se encuestó personal sanitario hospitalario que enseña o prescribe inhaladores con distinta frecuencia, de Enfermería, Médicos Adjuntos, Médicos Residentes y Farmacia. Las áreas de trabajo incluidas fueron las plantas de hospitalización y Urgencias. El instrumento fue desarrollado por un grupo multidisciplinar de expertos sobre la TI, que incluyó a Enfermería, Neumología, Medicina Interna y Farmacia, e incluyó 16 preguntas con cinco opciones de tal manera que los encuestados debían asignar una opinión en formato Likert a cada una de las opciones. La estadística es descriptiva.

Resultados

Se encuestaron hasta el momento 112 pacientes: 85 mujeres (75,9%), con edad media de 35,3 años (DE 11,3). La mayoría encuestada pertenecía a Enfermería (N = 65, 58%); de planta de hospitalización (N = 95, 84,8%) con menos de cinco inhaladores por semana prescritos o enseñados por semana (N = 72, 64,3%). La media del porcentaje correcto de aciertos fue del 65%, con tres preguntas que acertaron menos del 40% de los encuestados (2. ¿Qué se debe hacer antes de la inhalación del cartucho presurizado SIN cámara?; 3. ¿Cómo debe ser la inhalación de un cartucho presurizado SIN cámara?; 12. ¿En qué se diferencia la inhalación de un dispositivo de polvo seco monodosis de uno multidosis?) y ninguna pregunta con más del 90% de acierto. El Gráfico 1 presenta la distribución de porcentaje de aciertos por Servicio y Área de Trabajo.

Conclusiones

El porcentaje de acierto de la técnica inhalatoria es bajo en el personal sanitario encargado de enseñarla o prescribirla, especialmente en el cartucho presurizado. Se requieren medidas multidisciplinarias para optimizar su uso en el entorno hospitalario.



Porcentaje de aciertos totales de preguntas del cuestionario CONOCETI según Área de Trabajo y Servicio

Enfermería y fisioterapia

20. Evolución de las estenosis traqueales benignas. Susana Álvarez López, Andrés Giménez Velando, Borja Recalde Zamacona, Javier Flandes Aldeyturriaga. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

Introducción

La estenosis traqueal benigna es la causa más frecuente de la obstrucción de la vía aérea central de origen benigno. La etiología más frecuente suele ser post intubación.

El objetivo de este estudio es valorar la evolución de los pacientes con sospecha de estenosis traqueal benigna, recibidos en nuestro departamento en los últimos 5 años.

Como objetivo secundario determinar cuáles fueron los procedimientos que se usaron con mayor frecuencia y los resultados obtenidos de los mismos.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo entre enero de 2019 y diciembre de 2023. Las variables cuantitativas se describen con la media y la desviación típica, y las cualitativas con frecuencias y porcentajes.

Variables demográficas: edad y sexo.

Otras variables: Localización de la estenosis, etiología de la estenosis, frecuencia de las revisiones, frecuencia de los procedimientos intervencionistas, técnicas utilizadas y estado actual del paciente.

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de estenosis traqueal benigna.

Criterios de exclusión: pacientes menores de 18 años, estenosis de etiología maligna, estenosis que no afecten a la tráquea

Resultados

Se incluyen 40 pacientes, el 75% mujeres con una edad media de 59 años. El 77,5% se referían a estenosis subglóticas y la causa más frecuente fue la post traqueotomía en el 52, 5% de los casos.

La media de las revisiones es de 4 meses y de los procedimientos intervencionistas cada 13 meses, si bien, 5 casos fueron desestimados para intervencionismo y en 10 de los casos sólo se trató una vez. Ver resultados en la tabla 1.

Los resultados sobre las técnicas más frecuentemente utilizadas se exponen en la Tabla 2, aunque en general se procedía a realizar una combinación de técnicas. Cabe destacar que en 4 casos en los que sólo fue necesario un único procedimiento para la reversión total de la estenosis, se utilizó una combinación de láser dilatación y aplicación tópica de Mitomicina.

Tabla 1. Estado actual del paciente

Estado actual del paciente	Nº casos
Derivados a cirugía	11
Alta por reversión de la estenosis después del tratamiento intervencionista	8
Desestimados para intervencionismo	5
Tratados, no volvieron a revisión	5
Se consigue la retirada de la prótesis con reversión de la estenosis	4
Terminan en traqueotomía	4
Continúan con prótesis en seguimiento	3

Tabla 2. Técnicas

Técnicas	Pacientes
Láser	21
Prótesis	19
Dilatación	14
Mitomicina	12
Crioterapia	11
Corticoides	0

Conclusiones

Se incluyen 40 pacientes, el 75% mujeres con una edad media de 59 años. El 77,5% se referían a estenosis subglóticas y la causa más frecuente fue la post traqueotomía en el 52, 5% de los casos.

La media de las revisiones es de 4 meses y de los procedimientos intervencionistas cada 13 meses, si bien, 5 casos fueron desestimados para intervencionismo y en 10 de los casos sólo se trató una vez. Ver resultados en la tabla 1.

Los resultados sobre las técnicas más frecuentemente utilizadas se exponen en la Tabla 2, aunque en general se procedía a realizar una combinación de técnicas. Cabe destacar que en 4 casos en los que sólo fue necesario un único procedimiento para la reversión total de la estenosis, se utilizó una combinación de láser dilatación y aplicación tópica de Mitomicina.

49. Mejorar la sensibilidad de los profesionales para mejorar el diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en un centro de salud.

Carmen Gómez Pesquera, Carolina Fernández Álvarez, Silvia Majuelos Navarro, Cristina Sacristan Galisteo, Raquel Pérez Barrios. *Centro de Salud Las Fronteras, Torrejon De Ardoz, España*

Introducción

Según el estudio EPISCAN II el infradiagnóstico de la EPOC es del 74,7%. Para la mejora del diagnóstico la GESEPOC y la Cartera de Servicios del SERMAS recomiendan el cribado de mayores de 40 años fumadores o exfumadores con índice tabáquico mayor de 10 y síntomas respiratorios. De la prevalencia estimada de personas con EPOC en nuestro centro de salud en 2022 la captación era de 23,3%, en 2023 del 23,17%. Buscar estrategias que mejoren la sensibilidad de los profesionales sanitarios en la búsqueda de pacientes que cumplan los criterios para cribado de EPOC es el objetivo que nos marcamos en el año 2023 y 2024 con la realización de una intervención en el día mundial de la EPOC.

Material y métodos

Método: intervención comunitaria anual en el día Mundial del EPOC. Captación en consultas médicas y enfermería de pacientes que cumplan criterios de diagnóstico de EPOC durante el mes anterior a la actividad. Realización de espirometrías y consejo breve para abandono del tabaco. En 2024 se calculó edad pulmonar.

Material: Espirómetro DATOSPIR, agenda para citación de pacientes, 4 enfermeras para realización de espirometrías y consejo breve y resto de profesionales del equipo para la captación. Carteles informativos de la actividad y folletos sobre "Razones para dejar de fumar".

Resultados

En el día mundial del EPOC del 2023 se citaron 17 pacientes, de los que acudieron 47%: 62% hombres, 87,5% fumadores, y edad media de 53 años. El 42% de los pacientes que asistieron cumplieron criterios espirométricos compatibles con EPOC. Todos los asistentes recibieron consejo breve para dejar de fumar. En la jornada del 2024, se citaron 25 pacientes de los que acudieron un 76%, con una edad media de 57,7 años, 42% hombres, 58% mujeres y 89% fumadores. El 5% de los pacientes que acudieron cumplían criterios espirométricos de EPOC. El 100% de asistentes recibieron consejo breve. La media de edad pulmonar fue 66,26. En ambas jornadas, el 11% de los pacientes que cumplían criterio de cribado tenían patrón espirométrico de EPOC. La ratio de pacientes captados por profesional del año 2023 fue 0,4 y en el 2024 del 0,65.

Conclusiones

El número de pacientes captados y que acudieron se vio incrementado, pero sigue siendo un porcentaje bajo el número de profesionales que capta a pacientes susceptibles de cribado. El porcentaje de pacientes con criterios espirométricos identificados es destacable dado que este tipo de actividad es una oportunidad de llevar a cabo el diagnóstico de la enfermedad. El día Mundial del EPOC representa una oportunidad para visibilizar la enfermedad,

mejorar su prevención y detección precoz, no obstante, no se ha conseguido sensibilizar adecuadamente a los profesionales en la importancia de la captación, siendo necesario otro tipo de intervenciones además de introducir mejoras en la realización de esta jornada como un mayor periodo de captación, mensajes de sensibilización individualizados o carteles informativos para la población.

55. Efectos del ejercicio excéntrico en la capacidad funcional en pacientes post cirugía torácica. Estudio piloto.

M^a Encarnación Jiménez García, Teresa Emilia Fernández Pardo, Garbiñe Magunagoikoetxea Comins, Mónica Perez Ferreiro. *Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España*

Introducción

Según la OMS, las enfermedades respiratorias, como el EPOC y el cáncer de pulmón, son las principales causas de mortalidad. Sólo en España, se realizan cerca de 5000 resecciones pulmonares mayores anuales. Tras la cirugía, la rehabilitación pulmonar, que incluye fisioterapia respiratoria y reentrenamiento al esfuerzo, es clave para mejorar la disnea, fuerza muscular, volúmenes pulmonares, calidad de vida y reducir reingresos hospitalarios. Entre las técnicas emergentes, el ejercicio excéntrico destaca por su menor percepción de esfuerzo y mayor capacidad de carga. Varios estudios han mostrado beneficios en pacientes con EPOC, pero su eficacia post-cirugía torácica es desconocida.

Material y métodos

Se realizó un ECA controlado, con evaluador cegado, en pacientes dentro de los 75 días post-cirugía torácica. Fueron asignados aleatoriamente a un grupo experimental (GE), con ejercicio excéntrico en cinta con pendiente negativa, o grupo control (GC), con ejercicio concéntrico en pendiente positiva. Ambos grupos completaron un programa de 4 semanas, con sesiones de 75 minutos en días alternos, que incluyeron fisioterapia respiratoria (control respiratorio, reexpansión pulmonar, drenaje de secreciones y técnicas instrumentales), fortalecimiento muscular (40-60% del RM) y ejercicio aeróbico intervalo (60-80% FC máxima teórica; percepción de esfuerzo 4-6, escala modificada de Borg). El GE usó una cinta NordicTrack Commercial X22i con pendiente negativa hasta -6%, y el GC entrenó con pendiente positiva hasta 8%. El primer y último día se realizó el test de 6 minutos marcha, evaluando saturación, frecuencia cardíaca, percepción del esfuerzo y metros recorridos. Se empleó el test de Mann-Whitney para analizar diferencias intergrupo, con significancia establecida en $p < 0.05$ e IC del 95%.

Resultados

Participaron 7 pacientes (GE:3; GC: 4). Aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, el GE aumentó un 9,18 % la distancia recorrida (483, 467 ± 37,95m frente a 442,53 ± 23,92 m al inicio), frente al 3,5% del GC. No se observaron diferencias relevantes en frecuencia cardíaca, saturación o percepción del esfuerzo entre los grupos. No hubo episodios de desaturación, aumento excesivo de frecuencia cardíaca o disnea significativa durante la realización de la prueba.

Conclusiones

El ejercicio excéntrico mejora la capacidad funcional medida en metros recorridos tras cirugía torácica, con valores seguros de saturación, frecuencia cardíaca y disnea, demostrando ser una estrategia eficaz y segura en la práctica clínica.

Tabla 1. Resultados obtenidos en el Test de 6 minutos marcha. FC (Frecuencia Cardíaca), sat (saturación)

	Grupo experimental (n = 3)			Grupo control (n = 4)			p	
	S1	S12	Diferencia %	S1	S12	Diferencia %		
Distancia recorrida (m)	442,53 ± 23,92	483, 467 ± 37,95	9,18	535,3 ± 52,58	554,3 ± 61,55	3,5	0,07	
FC	Inicial	75,67 ± 12,9	76,33 ± 12,5	1,24	71,75 ± 10,69	81,75 ± 16,68	13,7	0,11
	Final	82,67 ± 9,29	78 ± 8,88	-5,3	96,5 ± 22,78	82,75 ± 22,06	-1,4	0,14
Sat	Inicial	96,33 ± 2,51	97	0,7	96 ± 2,16	97 ± 2,16	1,04	0,4
	Final	94 ± 3,6	95,67 ± 2,51	1,8	94,75 ± 2,99	97 ± 2	3,1	0,38
Borg	Inicial	0	0	0	0	0	0	0
	Final	2,67 ± 0,57	2,67 ± 0,57	0	2,5 ± 0,57	2,25 ± 0,5	-8,3	0,19

60. Déficit de cuidadores en pacientes con terapias respiratorias domiciliarias dependientes de cuidados 24 horas. Eva María Gómez Pedrajas, Salvador Díaz Lobato, Johanny Vargas Rodríguez, Natividad Pizarro Gómez, Alia Nehme Álvarez, Pedro Jara Merino. *Oximesa Nippongases, Madrid, España*

Introducción

El cuidado de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas representa un desafío clínico considerable, particularmente para aquellos que requieren cuidados 24 h. Estos cuidados son prestados habitualmente por cuidadores informales. No disponemos de datos acerca del porcentaje de pacientes con terapias respiratorias domiciliarias que requieren cuidados 24 h. y cuántos de ellos los tienen cubiertos. Por ello nos hemos planteado como objetivo investigar la necesidad de cuidados 24 h. en pacientes con terapias respiratorias domiciliarias y su cobertura.

Material y métodos

Entre enero y junio de 2024, el personal asistencial de OXIMESA, empresa proveedora de terapias respiratorias domiciliarias, aplicó un test social específico para cuidadores durante las visitas realizadas a domicilio. El test fue elaborado por el departamento de trabajo social de la compañía y evaluaba los siguientes aspectos: 1. Si el paciente tenía un cuidador identificado. 2. Las horas de cuidado necesarias para cada paciente. 3. La disponibilidad de apoyo externo. 4. La necesidad de cuidados continuos 24 horas. 5. La proporción de pacientes que requieren un cuidador continuo pero no lo tienen. 6. Aspectos relacionados con sobrecarga de cuidador.

Resultados

Se evaluaron 69.661 pacientes. La tabla 1 muestra las patologías, total de pacientes evaluados, número de pacientes que requerían cuidados continuos, pacientes con cuidadores disponibles y el porcentaje por enfermedad de pacientes que requieren cuidados 24h pero no lo tienen. Es de destacar la carga significativa de dependencia en enfermedades como ELA, fibrosis quística y cáncer de pulmón, donde la mayoría de los pacientes tienen cuidadores disponibles 24h. Sin embargo, en enfermedades como el síndrome de apnea del sueño y la EPOC, hay una mayor proporción de pacientes que necesitan cuidadores pero no los tienen.

Conclusiones

- 1- El 18 % de pacientes con TRD refieren necesidad de cuidados 24 h;
2. El 37 % de pacientes que necesitan cuidados 24 h, carecen de ellos;
3. En enfermedades graves como Fibrosis Quística, ELA, Trasplante de Pulmón e Hipertensión Pulmonar, el 98% de los pacientes cuentan con cuidadores familiares/profesionales las 24h; 4. La presencia de Trabajadores Sociales en las TRD es crucial para proporcionar apoyo integral a los pacientes con patologías respiratorias.
- 2- En enfermedades graves como Fibrosis Quística, ELA, Trasplante de Pulmón e Hipertensión Pulmonar, el 98% de los pacientes tienen cuidadores 24h.

Enfermedad respiratoria	Número de pacientes evaluados	Numero pacientes dependientes 24h	Nuero pacientes que tienen cuidadores 24h	Porcentaje de pacientes sin cuidador 24 que lo necesitan
Epoc	22.758	6.827	4.623	32%
Fibrosis quística	244	131	128	2%
Síndrome de apnea del sueño	44.323	4.432	2.216	50%
Ela	233	233	233	0%
Trasplante de pulmón	962	481	289	40%
Cancer de pulmon	1.021	408	399	2%
Hipertension pulmonar	120	99	88	11%
Total	69.661	12.611	7.976	37%

- 3- En contraste, enfermedades como EPOC y Apnea del Sueño tienen menos cuidadores. Algunos pacientes necesitan cuidado continuo y no lo tienen.
- 4- Los Trabajadores Sociales en las TRD son cruciales para apoyo integral a pacientes respiratorios, gestionando aspectos médicos y ofreciendo apoyo emocional y recursos.
- 5- Es esencial desarrollar proyectos para que cuidadores sobrecargados descansen, como el "Programa Respira" en Castellón para pacientes con ELA.

74. Implantación de BIGDATA en la consulta especializada de enfermería para la detección precoz del cáncer de pulmón en población de alto riesgo (IDPRECAP). Teresa Gomez Del Pulgar Murcia, Adrián Cruz Benita, Rebeca Armenta Fernández, Ruben Garcia Martín, Javier Alfayate Sánchez, Carolina Gotera Rivera. *Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid., Madrid, España*

Introducción

El cáncer de pulmón es el de mayor mortalidad a nivel mundial, siendo el tabaco el principal factor de riesgo asociado. Desde 2021, conscientes de las limitaciones asociadas a la pandemia, iniciamos el programa iDEPRECAP con captación de pacientes preseleccionados a través de la aplicación móvil de Fundación Jiménez Díaz, capaz de identificar la población de riesgo de nuestra zona. Con el objetivo de llegar a un mayor número de la población y disminuir la pérdida en el seguimiento, se diseñó un seguimiento coordinado por la consulta de Enfermería capaz de determinar la inclusión y la gestión de casos de los pacientes incluidos en iDEPRECAP.

Material y métodos

Estudio descriptivo observacional de los pacientes incluidos en iDEPRECAP entre 2021-2023. Tras la identificación de los pacientes (> 55 años y fumador/exfumador), se envió un cuestionario para valorar la inclusión en el programa (ver fig. 1). Con los resultados del cuestionario, todo paciente con un índice paquete/año > 30 y en caso de ser exfumador, menos de 15 años sin fumar, recibió un contacto telefónico de la enfermera para confirmar la inclusión en el programa. La presencia de EPOC y/o enfisema es determinante para la inclusión, por lo que los pacientes sin antecedente conocido de EPOC, se les realizaron pruebas de función pulmonar antes de valorar su inclusión.

Resultados

Desde 2021 hasta 2023 se incluyeron 1639 pacientes con una media de 67,49 años, de los cuales el 64% eran hombres y el 78% fumadores con una media de 55,20 paquetes/año. El 73% presentaban enfisema en el TAC torácico de baja dosis de radiación (TBD) y un 57% con diagnóstico de EPOC. Al realizar el análisis de los datos, 1226 pacientes se habían realizado el TBD, generando 40 alertas radiológicas gestionadas por enfermería, de los cuales en 17 casos se confirmó el diagnóstico de Cáncer de Pulmón (CP). Más del 50% presentaban EPOC y un 85% presentaba enfisema pulmonar en el TBD. La supervivencia actual es del 95%. El resto de las alertas recibidas fueron: 7 falsos positivos; 13 hallazgos sospechosos en estudio y 3 alertas no oncológicas que precisan valoración por otras especialidades (Dilatación de Aorta torácica, nódulos tiroideos entre otros).

Conclusiones

Podemos concluir que nuestro programa de cribado dirigido a pacientes de muy alto riesgo por la presencia de EPOC/Enfisema y alta carga tabáquica, la implantación de programas coordinados con la consulta especializada de Enfermería asociado a la implantación de automatismo a través de Inteligencia artificial/Big DATA, nos permite ser eficientes y llegar a una mayor población.

95. Efecto de una intervención formativa para profesionales de enfermería en la mejora de los conocimientos sobre cuidados respiratorios. María González González, Nora Barbado Gutiérrez, María Barrón Reyes, Barbara Jolanta Chrusciel. *Fundación Investigación Biomédica Hospital Universitario la Princesa., Madrid, España*

Introducción

La adecuada capacitación del personal de enfermería y técnicos medio sanitario en cuidados auxiliares de enfermería (TMSCAE) en neumología es fundamental para optimizar la calidad asistencial. Este estudio evalúa la efectividad de una intervención formativa sobre cuidados de enfermería en una planta de hospitalización llevada a cabo en el último trimestre del año 2024.

Tabla 1. Enunciados de encuesta de formación, con resultados por respuesta de pre y postformación

Pregunta	Enunciado	Correctas pre (%)	Correctas post (%)	p
Pregunta 1	Elección del tamaño adecuado de la mascarilla oronasal	63	75	0.001
Pregunta 2	Definición de interfase en VMNI	63	84	0.001
Pregunta 3	Ajuste inicial en insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica	47	75	0.001
Pregunta 4	Colocación de la mascarilla: identificar la opción falsa	28	66	0.001
Pregunta 5	Indicadores de fracaso de la VMNI	94	88	0.001
Pregunta 6	Valoración previa a la VMNI por enfermería	88	97	0.001
Pregunta 7	Beneficio de la TAF frente a oxigenoterapia convencional	33	72	0.001
Pregunta 8	Flujo máximo de oxígeno en TAF con Airvo 2	69	97	0.001
Pregunta 9	FiO2 máxima en Airvo 2	66	94	0.001
Pregunta 10	Desinfección del dispositivo Airvo 2	74	91	0.001
Pregunta 11	Requisitos para desinfección de alto nivel de Airvo 2	47	78	0.001
Pregunta 12	Accesorios para el uso de Airvo 2	78	97	0.001
Pregunta 13	Significado del nivel elevado en el sello de agua de un drenaje torácico	52	81	0.001
Pregunta 14	Indicación para pinzar un tubo de drenaje torácico	81	94	0.001
Pregunta 15	Acción ante disminución de oscilación en sello de agua	84	94	0.001
Pregunta 16	Identificación de parámetros en VMNI	47	78	0.001
Pregunta 17	Evaluación de signos de insuficiencia respiratoria	78	97	0.001
Pregunta 18	Frecuencia respiratoria y sincronización del paciente	52	81	0.001
Pregunta 19	Límites de fuga aceptable en VMNI	81	94	0.001
Pregunta 20	Importancia de la oscilación en drenajes torácicos	84	94	0.001

Material y métodos

Se realizó un estudio cuasi-experimental con un diseño pre-post intervención. Participaron 32 profesionales, 22 enfermeras y 10 TMCAE de una unidad de neumología, quienes completaron un cuestionario de conocimientos (ad hoc) antes y después de una intervención formativa estructurada, compuesta por 8 sesiones. Se evaluó el cambio en las puntuaciones promedio y se realizó un análisis estadístico mediante una prueba t para muestras pareadas.

Resultados

La muestra estuvo compuesta por 32 participantes, de los cuales el 90.6% fueron mujeres y el 9.4% hombres. En cuanto a la categoría profesional, el 68.8% fueron enfermeras y el 31.2% TCAE. La distribución por edad fue: 18.8% menores de 30 años, 21.9% entre 30 y 39 años, 50.0% entre 40 y 49 años, y 9.4% con 50 años o más. Respecto a la experiencia laboral, el 9.4% tenía menos de 5 años, el 15.6% entre 5 y 10 años, el 59.4% entre 11 y 20 años, y el 15.6% más de 20 años de experiencia. El 53.1% de los participantes reportó haber recibido formación previa en cuidados respiratorios.

El análisis de los resultados mostró una mejora significativa en la proporción de respuestas correctas tras la formación. Las preguntas con mayor incremento en aciertos fueron aquellas relacionadas con la indicación de parámetros en la VMNI, desinfección del dispositivo Airvo 2 y evaluación de signos de insuficiencia respiratoria. La diferencia en el porcentaje de respuestas correctas antes y después de la intervención fue significativa en todas las preguntas analizadas ($p = 0.001$) (Tabla 1). La puntuación media en el cuestionario pre-formación fue de 9.6 puntos, mientras que en el post-formación ascendió a 12.8 puntos. El análisis estadístico mostró una diferencia significativa entre ambas mediciones ($p < 0.001$), lo que indica un impacto positivo de la formación en la adquisición de conocimientos.

Conclusiones

Los resultados evidencian una mejora significativa en los conocimientos del personal sanitario tras la formación en cuidados respiratorios, destacando la importancia de estrategias educativas estructuradas. Se recomienda la implementación periódica de este tipo de capacitaciones para garantizar la actualización continua de competencias clínicas en cuidados respiratorios.

105. Humanización y comunicación personalizada en terapias respiratorias domiciliarias: proyecto SAVPO. Resultados preliminares. Eva María Gómez Pedrajas, Salvador Díaz Lobato, Johanny Vargas Rodríguez, Alia Nehme Alvarez, Natividad Pizarro Gómez, Pedro Jara Merino. *Oximesa Nippongases, Madrid, España*

Introducción

Los pacientes mayores con terapias respiratorias domiciliarias (TRD), presentan necesidades específicas, que requieren una atención personalizada que dé cobertura a esas necesidades. Sensibles a este problema, Oximesa ha diseñado el Proyecto SAVPO (Sistema de Asistencia Virtual Personalizada de Oximesa). El objetivo del proyecto es mejorar la calidad de vida de los pacientes mayores mediante la humanización de la atención sanitaria. Este proyecto se centra en la creación de vínculos significativos entre los pacientes y los profesionales de la salud a través de una comunicación personalizada, el uso de tecnologías innovadoras como la inteligencia artificial (IA) y la realidad aumentada (RA), y una atención interdisciplinaria.

Material y métodos

El proyecto se está realizando a nivel nacional y se desarrolla en varias fases: 1. Identificación por parte del personal asistencial y Call Center Sanitario de personas mayores (≥ 65 años) con TRD, análisis de necesidades

y reporte al departamento de trabajo social (necesidades que requieren atención especial: ...); 2. Diseño del plan de comunicación y formación del equipo (capacitación en técnicas de comunicación efectiva y desarrollo de materiales educativos); 3. Implementación estudio piloto; 4. Ejecución completa y seguimiento.

El SAVPO combina atención multicanal (IA, RA, telemonitorización, etc. para ofrecer una experiencia de comunicación y apoyo altamente personalizada), visitas domiciliarias por el personal asistencial, una atención especializada a través del Call Center Sanitario y una atención interdisciplinaria coordinada por la trabajadora social, con la intervención de otros profesionales como psicólogos, fisioterapeutas, etc.

Resultados

Desde noviembre de 2024 hasta febrero de 2025, se gestionaron un total de 446.502 llamadas recibidas en el Call Center Sanitario de Oximesa. Un total de 267.901 llamadas (60% del total), fueron realizadas por pacientes mayores de 65 años. De éstas, 48.222 (18%) correspondieron a pacientes que requerían atención especializada. En el momento actual se están implementando medidas encaminadas a: 1. Reducción del aislamiento social y la soledad no deseada; 2. Mejora del bienestar emocional de los pacientes; 3. Aumento de la adherencia al tratamiento; 4. Detección temprana de problemas de salud; 5. Empoderamiento del paciente para tomar decisiones informadas sobre su salud.

Conclusiones

1. El 60% de los pacientes con TRD son mayores de 65 años; 2. El 18% de pacientes mayores presentan necesidades que requieren una atención especial; 3. El Proyecto SAVPO promete ser un avance significativo en la humanización de las TRD, atendiendo necesidades especiales de los pacientes a través de la integración de tecnología innovadora, enfoque centrado en la persona y trabajo interdisciplinar.

115. Uso de la educación sanitaria grupal en la apnea obstructiva del Sueño. David Garia Gómez¹, María Josefa Gómez Vázquez¹, Jose María Diaz García¹, Cristina López Riobos¹, Patricia Maritnez Duran², Araceli Abad Fernández¹. ¹Hospital Universitario de Getafe, Madrid., Getafe, España, ²Oximesa-Nippon Gases, Madrid, Madrid, España

Introducción

La Apnea Obstructiva del Sueño (AOS) es una enfermedad de alta prevalencia, donde la implementación de estrategias efectivas tanto para el diagnóstico como para el tratamiento resulta esencial. La educación sanitaria grupal es un método utilizado para proporcionar conocimientos sobre la enfermedad. El objetivo de nuestro poster es valorar los conocimientos aportados por la educación sanitaria grupal en el manejo de la AOS y el impacto sobre los pacientes.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo con pacientes diagnosticados de AOS (IAH $\geq 15/h$) que recibieron una sesión de educación sanitaria con información de la AOS durante 30 minutos impartida por un técnico sanitario en grupos de 6 pacientes ,entre noviembre 2024 hasta enero 2025.

Se realizaron 7 preguntas sobre el conocimiento previo de la AOS y la motivación al uso de CPAP, utilizando una escala Likert para la graduación de la respuesta . Estas 7 preguntas y 3 sobre la calidad de la sesión recibida fueron realizadas posteriormente.

Estas respuestas, los datos antropométricos, clínicos y de sueño fueron analizado por el programa SPSS v24, utilizando la prueba de Wilcoxon en el análisis comparativo.

Resultados

Se estudiaron a 61 pacientes, 12 mujeres (19,7%) y 49 hombres (80,3%), edad $56,72 \pm 14,44$ años, IMC de $32,90 \pm 7,13$, IAH $48,7/h \pm 21,34$ y Epworth $9,98 \pm 5,21$. Se inició CPAP con presión de $7,5 \pm 1,31$ cmH₂O. La puntuación sobre conocimiento presentó un valor de $6,54 \pm 3,47$ puntos antes y $13,03 \pm 4,48$ tras la sesión. La motivación al tratamiento fue de $2,64 \pm 0,70$ antes y de $2,84 \pm 0,41$ tras la sesión. La encuesta de satisfacción dio una puntuación de $8,64 \pm 0,85$.

Conclusiones

La educación sanitaria en la AOS es una herramienta útil, eficaz y bien recibida por los pacientes que puede ayudar en el conocimiento fomentando la adherencia al inicio del tratamiento.

117. Una mirada a la Ventilación Mecánica no Invasiva en el contexto de una consulta especializada. Ana María Diaz Rubio, Raúl Moreno Zabaleta, Blas Rojo Moreno-Arrones, Diego García Plaza, Eva Arias Simal, Rocío Rodríguez Pérez. *Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián De Los Reyes, España*

Introducción

La atención de pacientes con Ventilación Mecánica no Invasiva (VMNI) en un entorno de consulta requiere de la presencia de personal de enfermería, quienes cumplen un rol imprescindible en el manejo de enfermedades respiratorias crónicas. Su labor abarca desde la adaptación inicial al dispositivo hasta el seguimiento constante, la educación del paciente y la prevención de complicaciones relacionadas con el tratamiento.

Es por ello que hemos tomado la iniciativa de crear una base de datos que recopile información valiosa de los pacientes que reciben VMNI en nuestra consulta.

Material y métodos

Se estudiaron todos los pacientes con terapia de ventilación no invasiva activa durante el 2024 en la consulta especializada. Las variables analizadas fueron: género, edad, diagnóstico, equipo, cumplimiento (definido como ≥ 4 horas de uso diario), mascarilla y parámetros ventilatorios. Se utilizó la última revisión clínica para determinar el cumplimiento.

Resultados

Se incluyeron 192 pacientes que estaban recibiendo VMNI. La edad promedio de los participantes fue de $67,96$ años $\pm 14,1$, siendo 124 (65%) hombres y 68 (35%) mujeres.

El diagnóstico principal que justificaba la VMNI en 124 pacientes (64.58%) fue AOS/SHO (Apnea Obstructiva del Sueño/Síndrome de Hipoventilación Obesidad). Un total de 28 pacientes (14.58%) recibían VMNI debido a problemas neuromusculares, 26 pacientes (13.54%) por EPOC, y 14 pacientes (7.29%) por otras causas, como deformidades de la caja torácica.

Los parámetros ventilatorios promedio fueron: IPAP de $18,39 \pm 3,62$, EPAP de $7,53 \pm 2,17$ y una frecuencia respiratoria (FR) de $14,2 \pm 2,01$.

En cuanto al tipo de mascarilla utilizada, 112 pacientes (58%) utilizaban una mascarilla nasobucal, 73 pacientes (38%) una nasal y 7 pacientes (4%) utilizaban ojivas. De los 192 pacientes, 159 (83%) tenían un cumplimiento mayor a 4 horas, mientras que 33 (17%) no.

Conclusiones

La población estudiada, es predominantemente masculina y de edad avanzada, lo que coincide con el perfil típico de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

El síndrome de apnea obstructiva del sueño/síndrome de hipoventilación obesidad (AOS/SHO) es la principal causa de uso de VMNI.

La alta tasa de adaptación a la VMNI (83%) indica una buena tolerancia global del tratamiento en la mayoría de los pacientes. Es crucial investigar y abordar el 17% de casos no adaptados para optimizar el cumplimiento y los resultados a largo plazo.

189. Caracterización del reingreso en pacientes con EPOC en un programa con asistencia domiciliaria. María Del Loreto Méndez Martín-Albo¹, Rubén García Martín², Martha Vidal Ortolá¹, Montserrat Ramiro², Sandra Pelicano Vizuete¹, Felipe Villar Álvarez². ¹Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España, ²Madrid., Madrid, España

Introducción

Nuestra unidad de seguimiento ambulatorio de pacientes EPOC tras una agudización (UCCRA) trata de optimizar los recursos sanitarios y reducir la tasa de ingresos de estos pacientes mediante la educación para la salud y una atención integral. Aunque las diferencias entre los pacientes que reingresan o no está bien definidas, estas no lo están en los pacientes con asistencia domiciliaria.

Objetivo: Definir las características clínicas y demográficas que están asociadas a un mayor número de reingresos en pacientes con EPOC incluidos en un programa de asistencia domiciliaria durante 1 año.

Material y métodos

Estudio observacional de pacientes atendidos en nuestro programa UCCRA. Se analizaron variables como edad, clasificación GOLD, GesEPOC y visitas a domicilio (realizadas por enfermería). Además, se consideraron datos de visitas a urgencias, abarcando tanto aquellas sin reingreso como

las asociadas a reingreso, y se evaluó la atención en el hospital de día (HDD). Se compararon pacientes con alto número de reingresos (> 1) frente a aquellos con ≤ 1 reingreso, durante el seguimiento de 1 año.

Resultados

Se incluyeron 115 pacientes (49 pertenecientes al grupo de alto número de reingresos). Los pacientes con más reingresos tenían una edad media superior (75,3 años vs. 72,79 años) y mayor prevalencia de clasificación GOLD E (89,79% vs. 71,21%). Asimismo, el 95,91% de los pacientes con más reingresos eran EPOC de alto riesgo según GesEPOC, en comparación con el 86,36% del grupo con menos reingresos. En términos de seguimiento de enfermería, el grupo de mayor reingreso recibió más visitas en el primer mes tras el alta (7,91 vs. 3,51). Además, se observó que estos pacientes fueron atendidos de forma más intensiva en otros ámbitos, presentando un mayor número de visitas a urgencias tanto con ingreso como sin y tuvieron una mayor atención en HDD; la media de HDD con reingreso fue de 0,12 en el grupo de alto reingreso (frente a 0 en el grupo de bajo reingreso), mientras que los HDD sin reingreso fueron de 0,29 comparados con 0,06, respectivamente.

Conclusiones

En nuestra UCCRA los pacientes con mayor riesgo de reingreso son aquellos con mayor edad, mayor afectación según la clasificación GOLD y GesEPOC y que requieren un seguimiento más intensivo, lo que implica mayor carga asistencial.

Fibrosis quística

141. Impacto de la fibrosis quística en el embarazo a través de un estudio multicéntrico realizado en diversas unidades de adultos. Alberto Amorós Forner¹, Ana Sofía Martínez Hernández¹, Almudena Felipe Montiel², Amparo Solé³, Concha Prados⁴, Rosa María Girón Moreno⁵. ¹Hospital de La Princesa, Madrid, España, ²Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España, ³Hospital La Fe, Valencia, España, ⁴Hospital La Paz, Madrid, España, ⁵Hospital La Princesa, Madrid, España

Introducción

Existe cada vez más interés en el impacto del embarazo en mujeres con Fibrosis Quística. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la repercusión clínica y funcional en el embarazo.

Material y métodos

Se realizó un estudio multicéntrico nacional en unidades de adultos con FQ, de carácter retrospectivo (1997-2022) y prospectivo (2023-2024). Se recopilaron variables demográficas, clínicas (antropométricas, función pulmonar, microbiología, exacerbaciones y tratamiento con o sin moduladores de CFTR) en el año previo al embarazo, durante y el primer año postparto. Se incluyeron detalles sobre el parto, complicaciones y características del recién nacido (sexo, peso, talla, test de Apgar, complicaciones, lactancia). El análisis estadístico se realizó con SPSS utilizando análisis descriptivos y ANOVA.

Resultados

Se reclutaron 86 pacientes, con edad media de 31,99 años (± 4,3). El 17,8% tenía mutación F508del en homocigosis y el 39,3% en heterocigosis. El 35,7% recibía tratamiento con moduladores de CFTR, interrumpido en 3 pacientes.

El 68,7% de los embarazos fueron planificados, siendo el 93% embarazos únicos, el 46,7% con parto eutócico, el 35% prematuros, con una tasa del 1,1% de amenaza de aborto. La media de abortos previos involuntarios fue de 2,5. La principal complicación fue la diabetes gestacional (25,6%), sin implicaciones relevantes en los recién nacidos.

La función pulmonar medida por FEV1 y FVC disminuyó de forma estadísticamente significativa durante el embarazo (p < 0,05), con una recuperación de la misma a partir de los 9 meses postparto (tabla 1). Solo existieron diferencias estadísticamente significativas en el número de exacerbaciones tratadas con antibioterapia oral entre antes y durante el embarazo (tabla 2). En ambos grupos, el microorganismo aislado predominante fue P. aeruginosa, seguido de SASM.

Conclusiones

Este estudio muestra que las pacientes presentan mayor número de exacerbaciones ambulatorias de forma estadísticamente significativas así como de la función pulmonar en el embarazo.

Tabla 1. Análisis estadístico de varianza de función pulmonar

	Previo	3 meses embarazo	6 meses embarazo	9 meses embarazo	3 meses postparto	6 meses postparto	9 meses postparto	12 meses postparto
FEV1 medio (%)	73,01% (± 20,9)	68,5% (± 20,2)*	69,7% (± 20,6)	69,7% (± 18,9)*	62,4% (± 21,2)*	63,2% (± 21,2)	71,5 (± 19,1)	72,9 (± 19,13)
FVC medio (%)	88,3% (± 16,7)	84,6% (± 15,2)*	83,8% (± 15,4)*	83,4% (± 15,2)	81,9% (± 17,2)*	83,1% (± 17,2)	91,1% (± 14,9)	90,2% (± 14,3)

*p<0,05

Tabla 2. Variación en exacerbaciones en pacientes embarazadas con FQ

Exacerbaciones		Media	Análisis estadístico ANOVA
Antes embarazo	Ambulatorias	0,85 (± 1,1)	p 0,152.
	Ingresos	0,09 (± 0,3)	p 0,446.
	Días antibioterapia IV	1,75 (± 5,6)	p 0,966.
	Días antibioterapia VO	10,35 (± 13,8)	p 0,035.
Durante embarazo	Ambulatorias	0,83 (± 1,2)	p 0,666.
	Ingresos	0,18 (± 0,5)	p 0,441.
	Días antibioterapia IV	2,66 (± 6,7)	p 0,196.
	Días antibioterapia VO	6,96 (± 19,7)	p 0,339.
Después del embarazo	Ambulatorias	0,94 (± 1,4)	p 0,339.
	Ingresos	0,10 (± 0,4)	p 0,394.
	Días antibioterapia IV	2,99 (± 7,1)	p 0,879.
	Días antibioterapia VO	11,01 (± 16,5)	p 0,172.

176. Análisis de la prescripción de levofloxacino inhalado en vida real.

Paula Villaverde Rebenaque, Ester Zamarrón De Lucas, María Alejandra Castillo Ramírez, Alberto Mangas Moro, Esther Gaspar Bosch, María Concepción Prados Sánchez. Hospital Universitario La Paz, Madrid., Madrid, España

Introducción

Recientemente se ha aprobado en España el uso de levofloxacino para inhalación. Su indicación formal es de tratamiento de pacientes con fibrosis quística e infección bronquial crónica por Pseudomonas aeruginosa. Los objetivos de este estudio son: analizar el tipo de paciente al que se le ha pautado tratamiento con levofloxacino inhalado en una Unidad de Fibrosis Quística y Bronquiectasias; y evaluar la respuesta, tanto en número y gravedad de exacerbaciones, como a nivel de función respiratoria.

Material y métodos

Estudio unicéntrico observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes que iniciaban terapia con levofloxacino inhalado en el Servicio de Neumología del Hospital Universitario La Paz. Se comparó la función pulmonar así como exacerbaciones tras un año de tratamiento. Asimismo, se analizó la tolerancia y causas de suspensión del tratamiento.

Resultados

Se incluyeron 12 pacientes (67% mujeres) con diagnóstico de fibrosis quística (FQ) (67%) o bronquiectasias (BQ) (33%) con una edad media de 63 ± 22 años en el grupo de BQ y 37 ± 8 años en el de FQ. Tenían infección bronquial crónica (IBC) por P. aeruginosa (16,7%), S. aureus meticilín sensible (41,7%), M. avium intracellulare (16,7%), M. abscessus (33,3%), S. maltophilia (33,3%) y otros bacilos gram negativos (8,3%). El 33,3% recibían también azitromicina. Entre las causas de inicio del levofloxacino inhalado: mal control de la enfermedad (50%), intolerancia a otros tratamientos inhalados (25%), suspensión de aztreonam inhalado (25%). El 83,3% de los pacientes tuvieron buena tolerancia al tratamiento pero fue suspendido en el 36,4% por: broncoespasmo (8,3%), rotura tendinosa (8,3%) y cultivo negativo de microorganismos potencialmente patógenos (8,3%). Tras 12 meses de tratamiento no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los valores de FEV1 (ver tabla 1): diferencia de FEV1pp de 3,01 ± 6,29 (IC95%: -2,24-8,27; p = 0,22) y de FEV1 z score de 0,08 ± 0,26 (IC95%: -0,15-0,32; p = 0,41). Sin embargo sí que se encontró una disminución estadísticamente significativa en las exacerbaciones graves (ver tabla 2): diferencia -0,57 ± 0,54 (IC95%: -1,07(-0,08); p = 0,03), sin objetivar diferencias significativas en el número de exacerbaciones leves.

No se ha incluido en el análisis a dos pacientes con FQ. El primero de ellos fue pautado por mal control de las exacerbaciones, con un seguimiento de un

Tabla 1. Diferencias del FEV1 tras 12 meses de tratamiento con levofloxacino inhalado

		Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	FEV1 12M % - FEV1 PRE %	3,0125	6,2861	2,2225	-2,2428	8,2678	1,355	7	,217
Par 2	FEV1 12M Z SCORE - FEV1 PRE Z SCORE	,08571	,25806	,09754	-,15295	,32438	,879	6	,413

Tabla 2. Diferencia de exacerbaciones leves y graves tras 12 meses de tratamiento con levofloxacino inhalado

		Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	EXACERBACIONES LEVES 12M - EXACERB LEVES PRE	,286	2,752	1,040	-2,259	2,831	,275	6	,793
Par 2	EXACERB GRAVES 12M - EXACERB GRAVES PRE	-,571	,535	,202	-1,066	-,077	-2,828	6	,030

mes en el momento de este análisis. El segundo fue pautado por enfermedad por M. abscessus pero el tratamiento fue denegado por su hospital de referencia. En ambos casos tuvieron buena tolerancia al tratamiento.

Conclusiones

Tras 12 meses de tratamiento con levofloxacino inhalado en enfermos con FQ o BQ, la tolerancia ha sido buena aunque ha habido algunas suspensiones del mismo por efectos secundarios. Su empleo se ha relacionado con una reducción en las exacerbaciones graves. No obstante, debido al pequeño tamaño muestral sería aconsejable analizar una muestra mayor para poder extraer más conclusiones.

190. Cuestionario TRAQ (Transition Readiness Assessment Questionnaire) para valorar el nivel de preparación de pacientes con fibrosis quística en edad de transición de unidad pediátrica a unidad de adultos. Isabel Calonge García¹, Alberto Amorós Forner¹, Josué David Hernández Ruiz¹, Verónica Sanz Santiago², Alejandro López Neyra², Rosa María Girón Moreno¹. ¹Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España, ²Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid, España

Introducción

Las unidades de fibrosis quística (FQ) del Hospital Universitario Infantil Niño Jesús (HUNJ), y del Hospital Universitario La Princesa (HULP), colaboran en un protocolo de transición de los 12 a los 18 años, actualizado hace 3 años. Nuestro objetivo ha sido evaluar la preparación de los pacientes en edad de transición de ambas unidades a través del cuestionario validado TRAQ (Transition Readiness Assessment Questionnaire) desde dicha actualización, además de la posible relación entre los resultados con otras variables de los pacientes.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional retrospectivo de 31 pacientes de 15-21 años de las unidades de FQ del HUNJ (16 pacientes) y del HULP (15), a los que realizamos entrevistas telefónicas del cuestionario TRAQ (versión validada en español). El TRAQ evalúa 4 dominios diferentes ("medicación", "citas médicas", "seguimiento problemas de salud" y "proveedores de salud"), que incluyen preguntas con respuestas de una escala 1-5. Puntuaciones medias inferiores a 4 en uno o varios dominios señalan la necesidad de mayor educación en ese área. El cuestionario añade dos preguntas sobre motivación y autoconfianza. También se recogieron variables clínicas (edad, sexo, hospital, mutación de CFTR, función pulmonar, microbiología, exacerbaciones, tratamiento, convivientes, puntuación del cuestionario DUKE-UNC-11 de apoyo social, educación y situación laboral), buscando correlación estadística entre las variables y los resultados del cuestionario TRAQ, mediante el programa SPSS 29®.

Resultados

La media de edad fue de 18,19 ($\sigma = 1,91$). La media del FEV1 fue del 93,94% ($\sigma = 17,3$) y la del cociente FEV1/FVC de 83,49 ($\sigma = 10,93$).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,003$) entre las puntuaciones del cuestionario TRAQ obtenidas por los pacientes del HUNJ y las de los pacientes del HULP, siendo más altas en los últimos. No se halló correlación significativa entre las puntuaciones del cuestionario y el resto de variables analizadas.

Conclusiones

La preparación adquirida, valorada con el cuestionario TRAQ, de los pacientes con FQ en edad de transición de la unidad de FQ del HULP es significativamente mayor a la de los pacientes de la unidad de FQ del HUNJ. Estos resultados apoyan la utilidad del protocolo de transición entre ambas unidades y la importancia de la colaboración de estas en el manejo, educación y seguimiento de los pacientes.

	PUNTUACIÓN	HUNJ	HULP	TOTAL
Cuestionario TRAQ	>4 puntos en los 4 dominios	1	9	10
	>4 puntos en 3 dominios	4	6	10
	>4 puntos en 2 dominios	5	0	5
	>4 puntos en 1 dominio	2	0	2
	<4 puntos en los 4 dominios	1	0	1
	No contesta	3	0	3
TOTAL		16	15	31

Infecciones respiratorias

17. Implicaciones pronósticas del análisis de clústeres en pacientes con infección bronquial crónica bajo tratamiento con antibióticos nebulizados: estudio multicéntrico retrospectivo de cohorte (estudio inbreathing). Beatriz Raboso Moreno¹, Ivan D Benítez², Marta Erro iribarren³, Guillermo Suarez Cuartín⁴, David De La Rosa Carrillo⁵, Jessica González Gutiérrez⁶. ¹Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España, ²Investigación Traslacional en Medicina Respiratoria, Hospital Universitario Arnau de Vilanova y Santa María, IRBLleida, Lleida, España, ³Hospital Universitario Puerta del Hierro, Madrid, España, ⁴CIBERES, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España, ⁵CIBERES, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España, ⁶Investigación Traslacional en Medicina Respiratoria, Hospital Universitario Arnau de Vilanova y Santa María, IRBLleida, Lleida, España; CIBERES, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España, ³Hospital Universitario Puerta del Hierro, Madrid, España, ⁴CIBERES, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España; Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España, ⁵CIBERES, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España; Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España, ⁶Investigación Traslacional en Medicina Respiratoria, Hospital Universitario Arnau de Vilanova y Santa María, IRBLleida, Lleida, España; CIBERES, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España, Barcelona, España, Lleida, España

Introducción

La heterogeneidad clínica de los pacientes con infección bronquial crónica (IBC) bajo tratamiento con antibióticos nebulizados (AN) sugiere la existencia de diferentes fenotipos con implicaciones pronósticas. Nuestro objetivo fue analizar las características sociodemográficas y clínicas de estos pacientes antes de iniciar el tratamiento con AN y evaluar su influencia en el pronóstico y la respuesta al tratamiento.

Material y métodos

Estudio multicéntrico, retrospectivo y observacional en el que se incluyeron pacientes con IBC tratados con AN entre enero de 2018 y diciembre de 2022 en 8 centros de España. Los pacientes fueron clasificados mediante el algoritmo Partitioning Around Medoids según características clínicas antes de iniciar el tratamiento. Los resultados analizados fueron exacerbaciones y erradicación bacteriana. Se evaluaron predictores específicos de respuesta para cada clúster mediante regresión logística por pasos.

Resultados

Se reclutaron un total de 244 pacientes, mayoritariamente hombres (50,4%) con una mediana de edad de 73 [61,0;80,2] años. Se identificaron dos clústeres: Clúster 1: Mujeres con bronquiectasias y menos comorbilidades y Clúster 2: Hombres mayores con EPOC y mayor carga de comorbilidades (Fig 1,2).

VARIABLES BÁSALES	Todos N=244	CLÚSTER 1 N=121	CLÚSTER 2 N=123	P. General
Edad	73 [63,8; 80,2]	71 [58; 79]	76 [67; 81]	0,012
Sexo				
- Femenino	121 (49,6%)	101 (83,5%)	20 (16,3%)	
- Masculino	123 (50,4%)	20 (16,5%)	103 (83,7%)	
N.º de comorbilidades	1 [0-1]	0 [0-1]	1 [0-1,5]	<0,001
EPOC	96 (39,3%)	2 (1,65%)	94 (76,4%)	<0,001
Bronquiectasias	206 (84,4%)	109 (90,1%)	97 (78,9%)	0,025
Asma	17 (6,97%)	15 (12,4%)	2 (1,63%)	0,002
Reducción de exacerbaciones con AN (%)	87,5 [33,3; 100]	100 [59,3; 100]	66,7 [16,7; 100]	0,008
Reducción de producción de esputo	124 (82,1%)	78 (87,6%)	46 (74,2%)	0,057
Disminución de la purulencia	127 (84,1%)	80 (89,9%)	47 (75,8%)	0,036
Disminución de la disnea	97 (65,1%)	63 (72,4%)	34 (54,8%)	0,041

Figura 1. Características descriptivas entre cluster 1 y cluster 2.

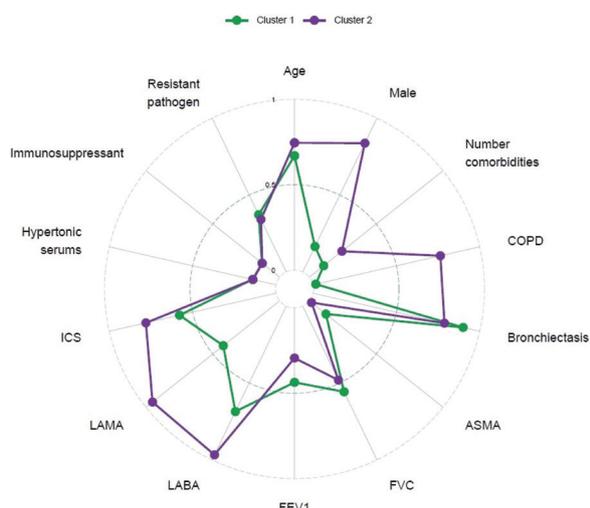


Figura 2. Diagrama de radar que compara dos grupos o clústeres (Clúster 1 y Clúster 2), representados por las líneas de colores verde y morado, respectivamente.

El Clúster 1 mostró una respuesta superior al tratamiento con AN, con una mayor reducción de exacerbaciones (100% vs. 66,7%; $p < 0,001$) y mejoras clínicas, incluyendo reducción en la producción de esputo (87,6% vs. 74,2%; $p = 0,05$), disminución de la purulencia (89,9% vs. 75,8%; $p = 0,03$) y menor disnea (72,4% vs. 54,8%; $p = 0,04$). Además, presentó menos efectos adversos (12,7% vs. 29,8%; $p < 0,001$).

En el Clúster 2, se identificaron predictores específicos de erradicación bacteriana:

- Bronquiectasias quísticas (OR: 3,14; $p = 0,04$).
- Tratamiento concomitante con solución salina hipertónica (OR: 0,55; $p = 0,07$).

Conclusiones

En este estudio piloto, se identificaron fenotipos específicos de pacientes con diferencias significativas en la respuesta al tratamiento con AN. Este enfoque podría ser útil para personalizar el manejo terapéutico en pacientes con IBC.

18. Micobacterias no tuberculosas de crecimiento rápido en patología respiratoria: estudio retrospectivo multicéntrico sobre caracterización y tratamiento de especies distintas de *M. abscessus*. PIITB-MNT. Beatriz Raboso Moreno¹, Sarai Quirós Fernández², Miguel Gallego Díaz³, Marisol Domínguez Álvarez⁴, Izaskun Jiménez Setuain⁵, Eva Taberero Huguet⁶. ¹Hospital Universitario de Getafe; Universidad Europea de Madrid,

Madrid, España, Madrid, España, ²Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España, Bilbao, España, ³Hospital de Sabadell, Institut Universitari Parc Taulí-UAB, Sabadell, Barcelona, España, Barcelona, España, ⁴Hospital del Mar Research Institute, Barcelona, España, Barcelona, España, ⁵Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España, Pamplona, España, ⁶Hospital Universitario Cruces. Instituto de Investigación Sanitaria BioBizkaia, Barakaldo, Vizcaya, España, Bilbao, España

Introducción

Las micobacterias no tuberculosas (MNT) de crecimiento rápido (MCR) son patógenos emergentes que afectan a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, presentando desafíos debido a su diversidad clínica, resistencia antimicrobiana y falta de guías específicas.

Objetivo del estudio: Analizar el significado clínico de los aislamientos respiratorios de MCR distintas de *Mycobacterium abscessus*. Describir las características clínicas, microbiológicas y tratamientos recibidos en los casos que desarrollan enfermedad pulmonar según criterios de la ATS 2020.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, multicéntrico y nacional utilizando el registro de micobacterias de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) (2015-2023), que incluye datos clínicos y microbiológicos de múltiples centros en España.

Se estudiaron los pacientes con aislamientos de MCR, excluyendo *M. abscessus* y se seleccionaron específicamente los 22 casos con tratamiento documentado. Se analizaron características demográficas, microbiológicas y factores de riesgo. En los pacientes con criterio de enfermedad se describieron individualmente los esquemas de tratamiento. La identificación de las especies de MCR se realizó mediante técnicas microbiológicas y moleculares, siguiendo los protocolos establecidos en cada centro participante.

Resultados

Se analizaron 172 pacientes con aislamientos de MCR (excluyendo *abscessus*). La edad media fue de $75,8 \pm 15,18$ años, predominando el sexo masculino (69,2%). Los antecedentes más frecuentes fueron bronquiectasias asociadas a enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (44,4%) y tuberculosis previa (12,3%), entre otros. Un 93,6% (161) de los pacientes presentó síntomas al diagnóstico, siendo los más comunes tos y expectoración (79,7%). Las especies predominantes fueron *M. fortuitum* y *M. chelonae* (42,4% cada una). Sólo el 16,9% (29 casos) cumplió los criterios de enfermedad según ATS 2020, de los cuales el 75,9% (22 pacientes) recibieron tratamiento, el resto no se trataron por comorbilidades. Los cambios terapéuticos por toxicidad ocurrieron en 3 casos. Las figuras 1 y 2 resumen la distribución de especies y los tratamientos empleados.

Conclusiones

Las infecciones por MCR distintas de *M. abscessus* son un desafío clínico debido a su baja prevalencia y diversidad terapéutica. Este estudio enfatiza la necesidad de desarrollar guías específicas y mejorar el diagnóstico temprano.

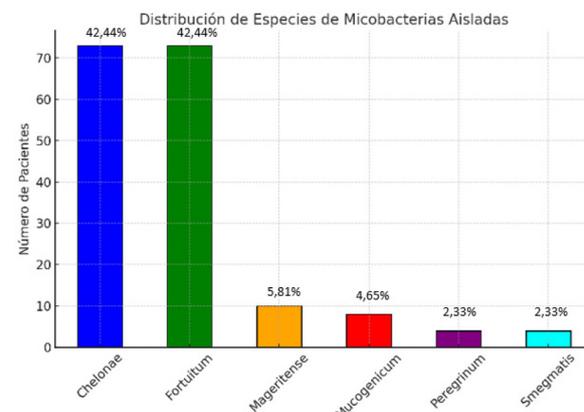
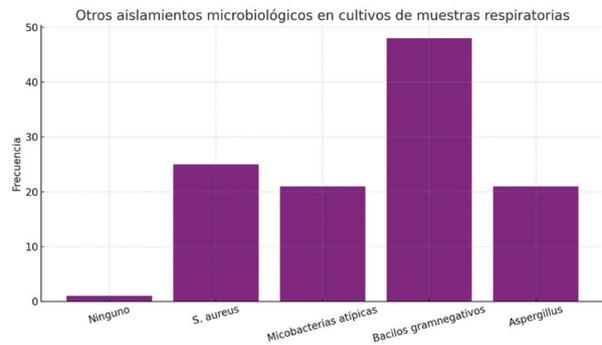


Figura 1. Distribución de las especies de micobacterias de crecimiento rápido aisladas en pacientes (n = 172), diferentes a *M. abscessus*.

Tipo de Micobacteria	ID del Paciente	Fármacos Administrados
1	Chelonae Paciente 11	Clarithromicina, Amikacina Inhalada y Linezolid
2	Chelonae Paciente 16	Rifampicina, Etambutol y Azitromicina
3	Chelonae Paciente 28	Rifampicina, Etambutol y Azitromicina
4	Chelonae Paciente 3	Clarithromicina, Ciprofloxacino, Amikacina Inhalada
5	Chelonae Paciente 41	Azitromicina + Levofloxacino
6	Chelonae Paciente 50	Clarithromicina y Ciprofloxacino
7	Chelonae Paciente 59	Clarithromicina, Rifampicina, Etambutol, Cipro y Isoniazida
8	Chelonae Paciente 6	Rifampicina, Etambutol y Azitromicina
9	Chelonae Paciente 60	Rifampicina, Etambutol y Azitromicina
10	Chelonae Paciente 61	Rifampicina, Etambutol y Azitromicina
11	Chelonae Paciente 62	Rifampicina, Etambutol y Azitromicina
12	Chelonae Paciente 67	Rifampicina, Etambutol y Azitromicina
13	Chelonae Paciente 70	Rifampicina, Etambutol y Azitromicina
14	Fortitulum Paciente 116	Levofloxacino, Estreptomicina, Amikacina
15	Fortitulum Paciente 133	Azitromicina + Levofloxacino
16	Fortitulum Paciente 134	Rifampicina, Etambutol e Isoniazida
17	Fortitulum Paciente 135	Moxifloxacino, Azitromicina y Amikacina Nebulizada
18	Fortitulum Paciente 138	Clarithromicina, Ciprofloxacino, Amikacina Inhalada
19	Fortitulum Paciente 93	Azitromicina, Rifampicina, Cipro e Isoniazida
20	Mageritense Paciente 147	Azitromicina + Levofloxacino
21	Mageritense Paciente 152	Azitromicina + Levofloxacino
22	Mucogenicum Paciente 157	Rifampicina, Etambutol e Isoniazida

Figura 2. Relación entre especies de MCR y tratamientos administrados en los pacientes del estudio.



45. Colistina inhalada en pacientes con infección bronquial crónica: análisis clínico y tolerancia en una cohorte del Hospital Universitario del Henares. Ana Cristina Gallotti¹, Ana De La Rocha Prieto¹, Julia Dorta Diez De La Lastra¹, Hamza Matar¹, Nieves Hoyos¹, Sofía Sánchez Fernández². ¹Hospital del Henares, Madrid., Madrid, España, ²Facultad de Medicina. Universidad Francisco de Vitoria, Madrid., Madrid, España

Introducción

La infección bronquial crónica (IBC) es un reto clínico relevante debido a sus complicaciones, como exacerbaciones frecuentes, deterioro progresivo de la función pulmonar y disminución de la calidad de vida. La antibioterapia inhalada se ha consolidado como una opción terapéutica eficaz, logrando concentraciones locales elevadas de antibióticos en las vías respiratorias con menor toxicidad sistémica. Sin embargo, su tolerancia puede estar limitada por efectos adversos.

El objetivo de este estudio es analizar el perfil clínico, la función pulmonar basal y la tolerancia al tratamiento con colistina inhalada en pacientes con IBC en nuestra unidad, proporcionando datos que contribuyan a la optimización de esta estrategia terapéutica.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y prospectivo, incluyendo a 98 pacientes tratados con colistina inhalada (Colfinair® o Colobreathe®) entre 2018 y 2024 en el Hospital Universitario del Henares. Se recopilaron datos demográficos, parámetros de función pulmonar (FEV1), resultados microbiológicos y diagnóstico de EPOC o bronquiectasias. También se documentaron efectos adversos asociados al tratamiento.

Se emplearon análisis descriptivos para variables continuas y categóricas, y se utilizó el Test Exacto de Fisher para comparar la incidencia de efectos adversos entre Colfinair® y Colobreathe® (p < 0,05).

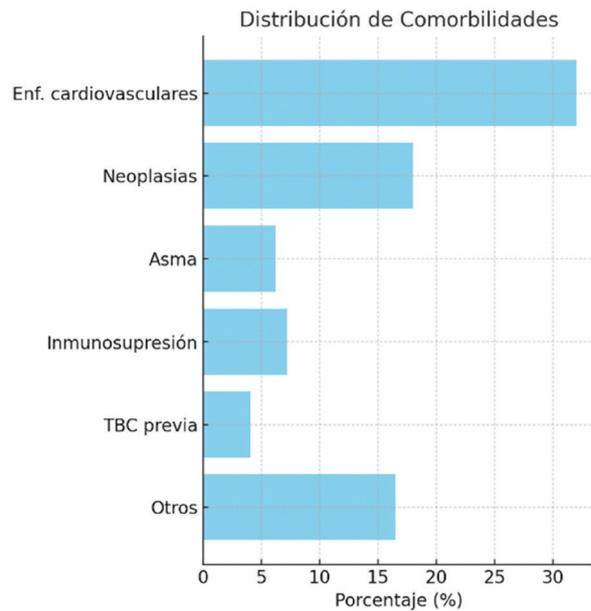
Resultados

La edad de los pacientes osciló entre 43 y 94 años, siendo la mayoría hombres con comorbilidades como enfermedades cardiovasculares (32%) y neoplasias (18%). El 68,8% de los pacientes presentaba EPOC y el 55,8% bronquiectasias. El 94,8% tuvo aislamiento previo de Pseudomonas aeruginosa en cultivos respiratorios. La función pulmonar basal mostró deterioro significativo, con un FEV1 medio de 1.520 mL y una alta dispersión en los valores (mínimo: 410 mL, máximo: 3.930 mL).

El 81,4% recibió Colfinair® y el 18,6% Colobreathe®. El 30,4% de los pacientes experimentó intolerancia al tratamiento (opresión torácica, tos persistente o broncoespasmo), sin diferencias significativas en la incidencia de efectos secundarios entre ambos fármacos (p = 0,3).

Conclusiones

- La IBC en nuestra cohorte estuvo asociada principalmente a Pseudomonas aeruginosa, con una prevalencia significativa de EPOC y bronquiectasias.
- Los pacientes tratados presentaban una edad avanzada y alta carga de comorbilidades, destacando enfermedades cardiovasculares y neoplasias.
- La función pulmonar basal mostró un deterioro marcado, con valores de FEV1 compatibles con las características de la población estudiada.
- La mayoría de los pacientes fueron tratados con Colfinair®, sin diferencias significativas en efectos adversos en comparación con Colobreathe®.



- Aunque los efectos secundarios fueron frecuentes, nuestros hallazgos son consistentes con la literatura existente.
- Es fundamental continuar investigando sobre nuevas formulaciones de antibioterapia inhalada y su efecto en la tolerancia, particularmente en pacientes con deterioro grave de la función pulmonar.

54. Utilidad de la espirometría en la prueba de la tolerancia a antibióticos nebulizados. Diego Ceballos Gómez-Barreda, Luis Maiz Carro, Juan Manuel Velasco Martín, María Angelica Yañez Quintero, Edwin Yong Portugal, Rosa Nieto Royo. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid., Madrid, España

Introducción

Por su seguridad y efectividad, el tratamiento de la infección bronquial crónica se basa en el uso de antibióticos por vía inhalada. Debido a que pueden producir broncoespasmo, disnea, o tos, la primera dosis debe administrarse de forma supervisada. El objetivo de nuestro estudio es determinar la utilidad de la espirometría en la prueba de tolerancia a antibioterapia inhalada.

Material y métodos

Estudio transversal, unicéntrico y prospectivo en pacientes ≥ 18 años con el diagnóstico de infección bronquial crónica.

Se excluyeron aquellos pacientes incapaces de entender el protocolo, que hubiesen sufrido una exacerbación en las dos semanas previas a la inclusión, embarazadas, pacientes con aspergilosis broncopulmonar alérgica o alergia a alguno de los fármacos probados. Se realizaron un total de 330 pruebas de tolerancia en 135 pacientes.

Se consideró mala tolerancia si:

- cuestionario Likert alterado (disnea, opresión torácica, autoescucha de sibilancias, tos, irritación faríngea, náuseas/mal sabor), b) si el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) disminuía $\geq 15\%$ entre la espirometría post-broncodilatación y post-antibiótico, o c) criterio médico.

Resultados

De las 330 pruebas realizadas, no se toleraron 79 (24%). De ellas, 33 (41,8%) no fueron toleradas sólo por síntomas autonotificados (test de Likert), 25 (31,6%) sólo por alteración del FEV1, 10 (12,7%) por ambos (síntomas y alteración del FEV1) y 11 (13,9%) por criterios médicos.

Conclusiones

De las pruebas que no se toleraron, el 31,6% fueron exclusivamente por función pulmonar. Es fundamental realizar prueba de tolerancia funcional antes de la prescripción de antibioterapia inhalada.

Tabla 1. Baseline sociodemographic and clinical characteristics of the study population (n = 135)

Edad, años	68.1 \pm 14.3
Sexo (% mujeres)	66 (48.9%)
Tabaquismo	
Nunca fumador	57 (42.2%)
Ex fumador	68 (50.4%)
Fumador activo	10 (7.4%)
Bronquiectasias	84 (62.2%)
EPOC	53 (39.3%)
Hiperreactividad bronquial	18 (13.3%)
Postbroncodilator FVC, n (%) predicted	75.3 \pm 21.1
Postbroncodilator FEV1, n (%) predicted	65.9 \pm 25.3
Postantibiotic FVC, n (%) predicted	72.4 \pm 22.4
Postantibiotic FEV1, n (%) predicted	64.4 \pm 26.3

78. Aislamientos de micobacterias no tuberculosas en el Hospital Universitario de Getafe: caracterización de especies predominantes y factores asociados. María Conejero Merchán, Beatriz Raboso Moreno, Cristina Loras Gallego, Waail Boubekri, Araceli Abad Fernández. *Hospital Universitario de Getafe, Madrid., Getafe, Madrid, España*

Introducción

En los últimos años, ha aumentado el aislamiento de Micobacterias no Tuberculosas (MNT) en laboratorios de microbiología ha incrementado debido al descenso de la tuberculosis, avances en el diagnóstico microbiológico y un mejor seguimiento de pacientes con patologías respiratorias crónicas. Estas infecciones representan un desafío clínico por su diversidad y asociación con comorbilidades.

El objetivo de este estudio es identificar las especies de MNT más predominantes en el Hospital Universitario de Getafe (HUGF) y describir las características clínicas y demográficas de los pacientes con aislamientos positivos.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional y retrospectivo de 149 aislamientos de MNT en el HUGF entre enero de 2022 y junio de 2024. Se incluyeron muestras ambulatorias y hospitalarias (esputo, lavado broncoalveolar (LBA), aspirado bronquial (BAS) y biopsias), excluyendo los aislamientos de *Mycobacterium gordonae* por tratarse de contaminantes en la mayoría de las ocasiones. Se analizaron datos demográficos de los pacientes con aislamientos positivos (edad, sexo, hábito tabáquico y patologías respiratorias).

Resultados

De los 149 aislamientos, 54 (36%) fueron de *Mycobacterium avium*, 28 (19%) *M. intracellulare*, 20 (13%) *M. fortuitum*, 17 (11%) *M. lentiflavium*, 9 (6%) *M. chelonae*, 8 (5%) *M. chimaera*, 7 (5%) *M. mucogenicum*, 4 (3%) de *M. abscessus* y 2 (2%) *M. zuckersi*. El 73% (109) correspondieron a MNT de crecimiento lento y el 27% (40) a crecimiento rápido. El esputo fue la muestra más frecuente (82%), seguido de BAS (12%) y LBA (5%), con un único aislamiento por biopsia. El 86% de los aislamientos fueron ambulatorios. La media de edad fue 72 años ($\pm 12,8$), predominando hombres exfumadores (53% y 63%, respectivamente). Las patologías respiratorias más frecuentes fueron la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (29%), y bronquiectasias (20%), coexistiendo ambas en el 21%. El 49% de pacientes recibía tratamiento con corticoides inhalados en el momento del aislamiento.

Conclusiones

Mycobacterium avium fue la especie más aislada en el HUGF, principalmente en cultivos de esputo de forma ambulatoria. Los pacientes afectados son mayoritariamente hombres exfumadores con EPOC o bronquiectasias y la mitad recibían tratamiento con corticoides inhalados.

79. Resultados del tratamiento y seguridad en pacientes con enfermedad por micobacterias no tuberculosas que cumplen criterios ATS en el HUGF.

María Conejero Merchán, Beatriz Raboso Moreno, Cristina Loras Gallego, Waail Boubekri, Araceli Abad Fernández. *Hospital Universitario de Getafe, Madrid., Getafe, Madrid, España*

Introducción

El aislamiento de Micobacterias no Tuberculosas (MNT) ha aumentado significativamente en los últimos años. Su tratamiento plantea múltiples desafíos debido a su larga duración, la alta frecuencia de efectos adversos asociados a los fármacos y la incertidumbre en lograr la erradicación. Según la American Thoracic Society (ATS), para iniciar tratamiento es indispensable que se cumplan criterios clínicos, radiológicos y microbiológicos. Este estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia y la seguridad del tratamiento en pacientes del HUGF que cumplen los criterios ATS.

Material y métodos

Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes tratados por enfermedad por MNT en el HUGF entre enero de 2020 y junio de 2024. Sólo se incluyeron aquellos que cumplieron los criterios ATS y recibieron tratamiento. Se recopilaron datos sobre los regímenes de tratamiento, mutaciones de resistencias, respuesta clínica y efectos adversos, documentándose modificaciones en la terapia cuando fue necesario.

Resultados

De los 149 pacientes con aislamientos de MNT, 16 (11%) cumplieron los criterios ATS. El patrón radiológico predominante fue el bronquiectásico-nodular (88%). Nueve pacientes (56%) recibieron una pauta intermitente (3 días/semana) y siete (44%) diaria durante ≥ 12 meses. El régimen terapéutico incluyó macrólidos, rifampicina, etambutol y aminoglucósidos, excepto en tres casos (18%) con mutaciones de resistencias a macrólidos, donde rifampicina fue sustituida por linezolid y moxifloxacino.

El 44% experimentó efectos adversos (Figura 1). La tasa de éxito clínico fue del 38% (6) definida por la resolución de síntomas y cultivos negativos, mientras que en un 25% (4) fue necesario suspender o ajustar el tratamiento debido a la severidad de los efectos adversos. El 38% (6) restante actualmente siguen con tratamiento activo.

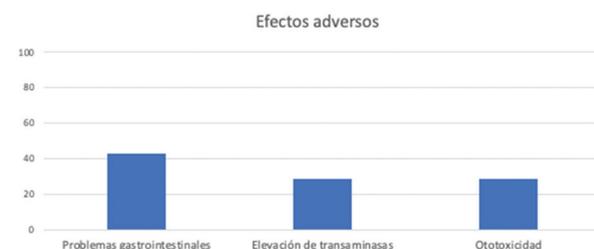


Figura 1. Principales efectos adversos.

Conclusiones

EL tratamiento de la enfermedad por MNT en pacientes que cumplen criterios ATS es complejo, con alta incidencia de efectos adversos que frecuentemente requieren ajustes terapéuticos. Estos resultados destacan la importancia de individualizar tratamientos y priorizar la evaluación integral del paciente más allá del aislamiento microbiológico.

94. Efecto de la antibioterapia inhalada en la función pulmonar y control de exacerbaciones en pacientes con bronquiectasias. Jordan Smith Bautista Villamizar, Paloma Ferreira Fernández, María Jose Pavon Fernández, Raquel López Vime, Dita Kopečna, Diego Vázquez Gil. *Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España*

Introducción

Las bronquiectasias son una patología respiratoria crónica caracterizada por inflamación persistente e infecciones recurrentes, lo que impacta negativamente en la calidad de vida de los pacientes. La antibioterapia inhalada ha demostrado ser una opción terapéutica relevante para controlar la infección crónica y reducir la frecuencia de exacerbaciones, especialmente en pacientes colonizados por *Pseudomonas aeruginosa*.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo en pacientes con diagnóstico de bronquiectasias y aislamiento microbiológico en seguimiento en consultas de Neumología, bajo tratamiento con antibioterapia inhalada. La recopilación de datos se efectuó en una base de Excel y el análisis estadístico se llevó a cabo mediante SPSS. Se evaluaron cambios en la función pulmonar (FEV1 %) antes y después del tratamiento utilizando pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney).

Resultados

Se analizaron 22 pacientes (72.2% hombres, 27.3% mujeres) con una edad media de 79.05 ± 9.25 años. En cuanto al hábito tabáquico, el 45% eran no fumadores, el 45% exfumadores y el 10% fumadores actuales. Las comorbilidades más frecuentes fueron EPOC (59.1%), hipertensión arterial (27.3%), diabetes mellitus (4.5%) y asma (9.1%).

El FEV1 basal fue de $60.76 \pm 21.95\%$, aumentando a $63.86 \pm 25.22\%$ tras el tratamiento, sin alcanzar significación estadística. Se encontró que el 59.1% de los pacientes requerían oxigenoterapia. La duración media del tratamiento fue de 47.0 ± 41.2 meses, y la tasa de hospitalización anual promedio fue de 0.95 ± 0.8 ingresos. La colonización por *Pseudomonas aeruginosa* se identificó en el 90.9% de los casos, con colistina como el antibiótico más utilizado (68.18%), seguido de tobramicina (31.82%).

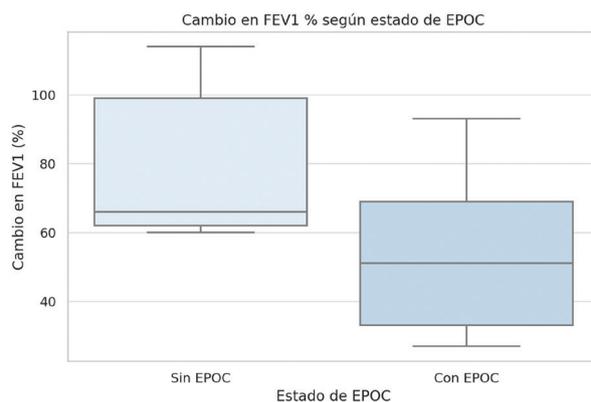
El análisis inferencial mostró que la presencia de EPOC y el uso de oxigenoterapia se asociaron con una menor respuesta funcional a la terapia inhalada, evidenciado por una diferencia significativa en el cambio del FEV1% ($p = 0.016$ y $p = 0.015$, respectivamente). Además, se identificó una

Tabla. Demográfica y clínica

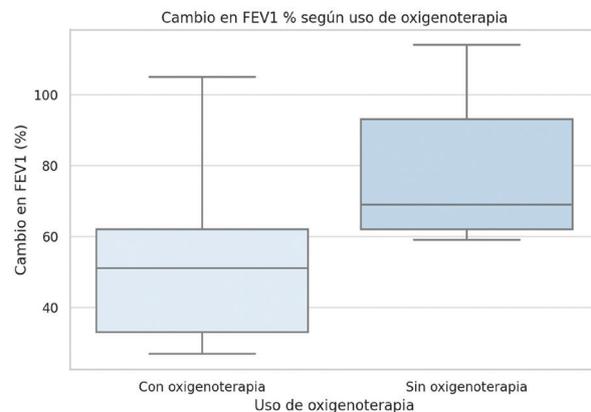
Variable	n	Porcentaje %
Masculino	16	72,2
Femenino	6	27,3
Edad media	22	79.05 ± 9.25
No fumadores	8	45
Fumador actual	2	10
Ex-fumador	9	45
FEV1	60.76 ± 21.95	
EPOC		59.1
HTA		27.3
DM		4.5
Asma		9.1

Tabla. Resultados clínicos

Variable	Media \pm DE	Porcentaje %
Hospitalizaciones	0.9 ± 0.8	
Duración de tratamiento	47.0 ± 41.2	
Colonización por P. A.		90.9
Colistina		68.18
Tobramicina		31.82
Adherencia		95.5
Oxigenoterapia		59.1



Comparación del cambio en FEV1% entre pacientes con y sin EPOC.



Comparación del cambio en FEV1% según uso de oxigenoterapia.

correlación inversa entre la edad y la respuesta al tratamiento, cercana a la significancia estadística (Coeficiente = -0.42 , $p = 0.050$), sugiriendo un mayor beneficio en pacientes más jóvenes. En general, la mejor respuesta se observó en pacientes sin EPOC y sin necesidad de oxigenoterapia.

Conclusiones

Los pacientes con bronquiectasias tratados con antibioterapia inhalada presentan una tasa de ingresos hospitalarios menor a dos episodios anuales, a pesar de una edad avanzada y la alta prevalencia de EPOC. Sin embargo, la presencia de EPOC y la dependencia de oxigenoterapia parecen limitar la respuesta funcional al tratamiento inhalado, lo que sugiere la necesidad de estrategias individualizadas en este grupo de pacientes.

97. El Papel de pseudomonas aeruginosa fenotipo mucóide y no mucóide en las exacerbaciones de bronquiectasias: un estudio descriptivo en el Hospital Universitario de Getafe. Waail Boubekri, Oscar Cuebas Lobato, María Conejero Merchán, Alejandro García García, Jorge Mora Pinilla, Beatriz Raboso Moreno. *Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España*

Introducción

los pacientes con bronquiectasias (BQ) infectados por Pseudomonas aeruginosa fenotipo mucóide (mPA) podrían experimentar más exacerbaciones y un deterioro acelerado de la función pulmonar en comparación con el fenotipo no mucóide (no mPA). La capacidad del mPA para formar biofilm se asocia con menor tasa de erradicación, mayor gravedad de las exacerbaciones y menor efectividad de los tratamientos. El objetivo principal de este estudio es analizar si el fenotipo mPA está vinculado con un mayor número de exacerbaciones frente al no mPA.

Material y métodos

se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo con dos cohortes de pacientes con BQ infectadas. Una cohorte está formada por los pacientes con BQ infectadas por mPA y la otra por aquellos pacientes con BQ infectadas por no mPA. Se recogieron variables clínicas, comorbilidades, función pulmonar, número de exacerbaciones (ambulatorias y hospitalarias) y hospitalizaciones entre enero y octubre de 2024.

Resultados

se analizaron 12 pacientes con mPA y 39 con no mPA. La causa más común de BQ en el grupo mPA fue postinfecciosa (58,3%), mientras que en el grupo no mPA fue secundaria a enfermedades respiratorias (EPOC y asma) (56,4%), con un mayor índice paquete-año. El grupo mPA mostró más exacerbaciones de media (1,17 ± 1,11), más hospitalizaciones (50%), más

	mPA + No mPA	mPA	No mPA
Mujeres, sexo, n(%)	24 (47%)	8 (66%)	16 (41%)
Edad, media +/- DS, años	75 +/- 12	76,3 +/- 12	74,6 +/- 12
IMC, media +/- DS, Kg/m2	25,2 +/- 3,6	24,3 +/- 3,1	25,5 +/- 3,7
Efumadores, n(%)	30 (59%)	4 (33%)	21 (54%)
IPA, media +/- DS, paquetes/año	15,4 +/- 18,1	5,9 +/- 5,0	18,3 +/- 18,7
IBC, n (%)	30 (59%)	9 (75%)	21 (54%)
Díscos, (MRC scale 1-5), mediana	2	1	2
Etiología BQ	mPA + No mPA	mPA	No mPA
Postinfecciosas n(%)	14 (27,5%)	7 (58,3%)	7 (18%)
Idiopáticas n(%)	4 (7,8%)	1 (8%)	3 (7,6%)
Enfermedades respiratorias (Asma y EPOC) n(%)	25 (49%)	3 (25%)	22 (56,4%)
Otros n(%)	2 (4%)	1 (8%)	7 (17,9%)
Espuito	Todos los pacientes		
Mucoso, n (%)	10 (19,6%)	2 (16,6%)	8 (20,5%)
Mucopurulento, n (%)	35 (68,6%)	8 (66,7%)	27 (69,2%)
Purulento, n (%)	5 (9,8%)	2 (16,6%)	3 (7,7%)
Función pulmonar, MEDIA	mPA	No mPA	
FEV1, L	1,61	1,80	
FEV1, %	81,02	76,84	
FVC, L	2,43	2,44	
FVC, %	92,05	87,68	
FEV1/FVC, %	79	68,69	

Figura 1.

Severidad	mPA + No mPA	mPA	No mPA
Número de exacerbaciones 2024, media +/- DS	1,1 +/- 1,5	1,17 +/- 1,11	1,08 +/- 1,56
Hospitalizaciones en 2024, n(%)	20 (39,2%)	6 (50%)	14 (35,9%)
Lóbulos afectados, media +/- DS	2,2 +/- 1,37	2,7 +/- 1,3	2,1 +/- 1,44
Criterios IBC	30 (58,8%)	9 (66,6%)	21 (53,8%)
Escala EFACED	mPA + No mPA	mPA	No mPA
Leve (0-2) n(%)	18 (35,3%)	4 (23,3%)	14 (35,9%)
Moderada (3-4) n(%)	21 (41,2%)	7 (58,3%)	14 (35,9%)
Grave (5<) n(%)	12 (23,5%)	1 (8,3%)	11 (28,2%)
Índice de Charlson	mPA + No mPA	mPA	No mPA
Bajo (1-2ptos.) n(%)	4 (7,8%)	0 (0%)	4 (10,3%)
Moderado (3-4ptos.) n(%)	11 (21,6%)	6 (50%)	5 (12,8%)
Grave (5<ptos.) n(%)	36 (70,6%)	6 (50%)	30 (76,9%)
Terapia	mPA	Non-mPA	
Colistina nebulizada n (%)	6 (50%)	15 (38,5%)	

Figura 2.

lóbulos afectados (2,7), mayor proporción de infección bronquial crónica (IBC) (66,6%). En contraste, el grupo no mPA presentó, peor función pulmonar, mayor disnea (mediana de 2) y mayor morbilidad y mortalidad según la escala Charlson y EFACED score. En ambos grupos, la colistina nebulizada fue el tratamiento más frecuente (50% de los pacientes con mPA y 38,5% no mPA). Ver resto en figura 1.

Conclusiones

Los pacientes con BQ y antecedentes de infecciones respiratorias de repetición tienen mayor riesgo de infección por mPA, con más lóbulos afectados, mayor susceptibilidad a desarrollar IBC y más exacerbaciones e ingresos hospitalarios. Por otro lado, el grupo no mPA se caracterizaba por peor función pulmonar, mayor carga de comorbilidad así como mayor disnea pese a su menor proporción de IBC.

113. Experiencia en el Hospital Getafe con levofloxacino inhalado en paciente con bronquiectasias no fibrosis quística. Carmen Mira Palomino, Mónica Babiano Nodal, María Conejero Merchan, Waail Boubekri, Araceli Abad Fernández, Beatriz Raboso Moreno. *Hospital Universitario de Getafe, Madrid, Madrid, España*

Introducción

La antibioterapia inhalada es una estrategia clave en el manejo de las bronquiectasias en pacientes con infección bronquial crónica (IBC), permitiendo altas concentraciones locales de antibiótico y menor exposición sistémica.

El levofloxacino inhalado ha sido explorado como una opción terapéutica para pacientes con bronquiectasias e IBC, optimizando el control de patógenos como las Pseudomonas Aeruginosas, reduciendo la resistencia bacteriana y mejorando la calidad de vida de los pacientes. No obstante, la evidencia clínica es limitada y su impacto en la práctica real requiere más estudios.

El objetivo principal de este estudio es evaluar la experiencia clínica con levofloxacino inhalado en pacientes con bronquiectasias no debidas a FQ (BQ no FQ), analizando su eficacia sobre una serie de siete casos.

Material y métodos

Serie de casos retrospectiva, formado por siete pacientes con BQ no FQ e IBC que recibieron al menos 6 meses levofloxacino inhalado. Se recogieron datos clínicos, microbiológicos, antibióticos inhalados previos, efectos adversos, exacerbaciones pre y post-tratamiento a los 6 meses, a través de la historia clínica informatizada.

Los resultados se expresan para variables cuantitativas con media y desviación estándar o mediana según la distribución de los datos. Además, se realizó Test de Wilcoxon para establecer relación entre varias variables.

Resultados

Se incluyeron 7 pacientes en tratamiento con levofloxacino inhalado. La media de edad fue 74 ± 7 años, siendo el 57,1% hombres. La infección bronquial crónica fue por: S. maltophilia, Burkholderia o P. aeruginosa. Todos habían recibido previamente otros antibióticos inhalados, que fueron suspendidos, principalmente por intolerancia o mala respuesta.

No se encontró relación significativa entre el tratamiento con levofloxacino y los valores de FEV1 y FVC (p > 0.05). Sin embargo, se observó una reducción significativa en el número de visitas médicas, exacerbaciones ambulatorias e ingresos hospitalarios tras tratamiento (p < 0.05) indicando un beneficio clínico. El resto de resultados se expresan en la figura 1, 2 y 3.

Tabla 1.

Caso	Edad	Sexo	Enfermedad respiratoria	IBC	FEV1 antes levo (%)	FEV1 post levo (%)	FVC antes levo (%)	FVC post levo (%)	Exacerbaciones ambulatorias pre levo	Exacerbaciones ambulatorias post levo	Ingresos pre levo	Ingresos post levo	Visitas médicas pre levo	Visitas médicas post levo
1	82	F	Asma, OCAF	SI (S. maltophilia)	65	70	73	98	3	0	6	0	6	3
2	82	M	EPOC	SI (S. maltophilia)	78	80	96	82	15	2	9	1	9	4
3	74	F	Tuberculosis	SI (S. maltophilia)	44	37	70	53	7	0	3	2		7
4	74	F	EPOC, NPS	SI (P. Aeruginosa)	51	43	64	55	3	0	3	1	5	4
5	67	M	EPOC, FG	SI (Burkholderia cepacia)	44	36	65	64	20	1	18	4	6	1
6	77	M	Asma, OCAF, TB, NPS	SI (P. Aeruginosa)	91	86	124	114	4	0	11	0	13	1
7	63	M	OCAF, NPS	SI (S. maltophilia)	91	90	100	106	2	0	2	0	11	2
valor p					p 0,149 (T. Wilcoxon)	p 0,735 (T. Wilcoxon)		p 0,018 (T. Wilcoxon)		p 0,018 (T. Wilcoxon)		p 0,027 (T. Wilcoxon)		

Tabla 2.

Caso	Antibiótico previo	Razón cambio	Adherencia	Efectos adversos	Purulencia del esputo	Respuesta clínica
1	colistina, tobramicina, seprítrm, azitromicina	Tos y erupciones	Buena	Ninguno	Mejoría	Buena
2	Colistina, seprítrm	Disnea	Buena	Ninguno	Mejoría	Buena
3	Tobramicina, promixín	Taquicardia	Buena	Mal sabor de boca	Mejoría	Buena
4	Colistina, tobramicina, azitromicina	Vértigo y ototoxicidad	Buena	Ninguno	Mejoría	Buena
5	Colistina, Aztreonam, Azitromicina	Mala respuesta	Buena	Ninguno	Mejoría	Buena
6	Colistina, azitromicina	Maña respuesta	Buena	Ninguno	Mejoría	Buena
7	Colistina, tobramicina	Tos	Buena	Sequedad de mucosas	Mejoría	Buena

Conclusiones

1. La necesidad de un cambio en el tratamiento se evidenció ante la mala respuesta y/o baja tolerancia de los antibióticos inhalados previos.
2. El cambio a levofloxacino inhalado en estos 7 pacientes derivó en una mejora notable en resultados clínicos.
3. Se requieren estudios adicionales para confirmar estos hallazgos y evaluar el impacto a largo plazo del levofloxacino inhalado en la práctica clínica diaria.

129. Características clínicas e impacto del virus respiratorio sincitial en adultos: estudio observacional en un hospital de segundo nivel. Ana De La Rocha Prieto¹, Julia Dorta Diez De La Lastra¹, Ana Cristina Gallotti¹, Hamza Matar¹, Sofía Sánchez Fernández², Nieves Hoyos Vázquez¹. ¹Hospital Universitario del Henares, Coslada, España, ²Universidad Francisco de Vitoria, Madrid., Madrid, España

Introducción

El virus respiratorio sincitial (VRS) es un patógeno de la familia Paramyxoviridae. Se estima que anualmente causa más de 33 millones de infecciones respiratorias, con 3.6 millones de hospitalizaciones y 100,000 muertes. Aunque es conocido como una de las principales causas de infecciones respiratorias en la población pediátrica, también es una causa importante de enfermedad en adultos, especialmente en aquellos con comorbilidades como enfermedades respiratorias crónicas, insuficiencia cardíaca, diabetes, o inmunosupresión. En estas poblaciones, puede desencadenar complicaciones severas, como neumonía y exacerbaciones de enfermedades subyacentes.

El objetivo principal de este estudio es documentar los casos diagnosticados de infección por VRS en la población adulta atendida en nuestro hospital durante el último año. Asimismo, busca describir las características clínicas, factores de riesgo y desenlaces de estos pacientes, aportando conocimiento sobre el impacto del virus en esta población.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo. Se incluyeron los casos diagnosticados de infección por VRS en pacientes adultos atendidos en el Hospital Universitario del Henares en el último año. Se recogieron variables demográficas, clínicas y relacionadas con factores de riesgo y desenlaces. Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias y porcentajes las cuantitativas utilizando la media y la desviación estándar.

Resultados

Se incluyeron 63 pacientes adultos con infección por VRS, diagnosticados en su mayoría mediante PCR (98,4%). La edad media fue de 76,8 años ($\pm 12,6$), predominando mujeres (58,7%). El 47,6% tenían antecedente de tabaquismo (exfumadores y fumadores activos), el 27% eran diabéticos, el 68,3% tenían dislipemia y el 33,3% eran obesos. El 41,3% presentaba enfermedades respiratorias, destacando EPOC y AOS (15,87% cada uno). La HTA fue la comorbilidad cardiovascular más frecuente (69,8% en total). Un 25,4% tenía neoplasias activas. 23,8% eran pacientes dependientes o residentes en centros asistenciales, y el 30,2% estaban inmunodeprimidos. El 90,5% requirió hospitalización (media: 9,4 días), con traqueobronquitis (47,7%) y neumonía (34,9%) como diagnósticos principales. Solo el 7,9% ingresó en UCI y el 6,3% falleció. La mayoría no tuvo complicaciones (74,6%). El 11,1% reingresó antes de 30 días, siendo infecciones respiratorias la causa en el 33,4%.

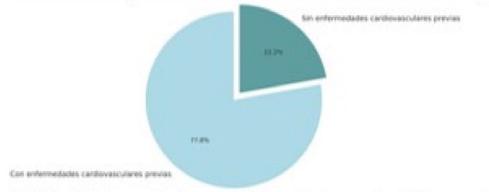
Conclusiones

El VRS representa una causa significativa de enfermedad en la población adulta con comorbilidades. En este estudio, predominó la afectación en adultos con un perfil de riesgo marcado por dislipemia, hipertensión arterial y enfermedades respiratorias como EPOC y AOS. El 91% requirió hospitalización y el 6,3% falleció, lo que evidencia el impacto potencialmente severo del VRS en esta población y resalta la necesidad de prevención y manejo temprano.

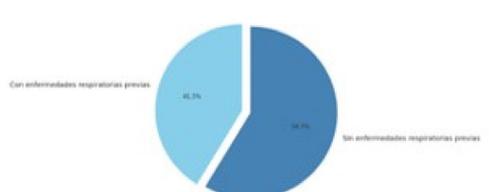
Tabla. Estudio descriptivo, pacientes adultos diagnosticados de infección por VRS en el Hospital Universitario del Henares

Datos generales y demográficos	
Edad media (años \pm DE)	76.8 \pm 12.6
Sexo (% mujeres)	58.7
Comorbilidades	
Tabaquismo (% exfumadores y activos)	47.6
Diabéticos, n (%)	27.0
Dislipemia, n (%)	68.3
Obesos, n (%)	33.3
Enfermedades respiratorias previas, n (%)	41.3
HTA aislada o asociada, n (%)	69.8
Neoplasias activas, n (%)	25.4
Dependientes o en residencia, n (%)	23.8
Inmunosuprimidos, n (%)	30.2
Tipo de infección	
Traqueobronquitis, n (%)	47.7
Neumonía, n (%)	34.9
Síntomas más frecuentes al ingreso	Tos, disnea, fiebre
PCR al ingreso (mg/L \pm DE)	75.5 \pm 77.0
Evolución clínica	
Ingresaron en hospital, n (%)	90.5
Media de días de ingreso (\pm DE)	9.4 \pm 9.1
Sin complicaciones, n (%)	74.6
Sobreinfección bacteriana, n (%)	25.4
Gérmes más frecuentes	S. pneumoniae, H. influenzae, P. aeruginosa
Requirieron UCI, n (%)	7.9
Fallecieron, n (%)	6.3
Reingreso antes de 30 días, n (%)	11.1
Causas de reingreso a los 30 días	Infecciones respiratorias (33.4%), sepsis, complicaciones cardiovasculares
Vacunados contra la gripe, n (%)	87.3
Vacunados contra la COVID-19, n (%)	95.2
Vacunados contra el neumococo, n (%)	79.4

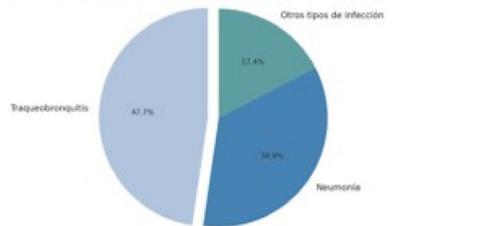
Distribución de pacientes con enfermedades cardiovasculares previas



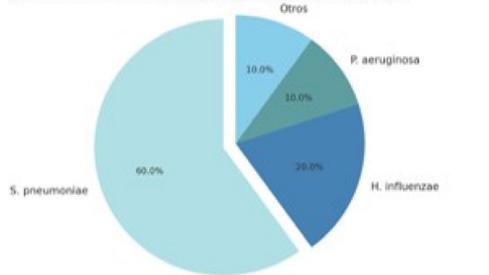
Distribución de pacientes con enfermedades respiratorias previas



Distribución del tipo de infección

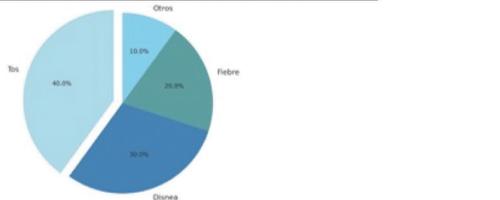


Gérmens causantes de la sobreinfección bacteriana



Gráficos de distribución 1.

Distribución de los síntomas más frecuentes al comienzo del cuadro



	N	TOTAL N = 63 ¹	NO ENF. CARDIOVASCULAR N = 14 ²	SI ENF. CARDIOVASCULAR N = 49 ²	p-value ²
REINGRESO ANTES DE 30 DÍAS	63				>0.9
NO		56 (88.9%)	13 (92.9%)	43 (87.8%)	
SI		7 (11.1%)	1 (7.1%)	6 (12.2%)	

¹n (%); Mean ± SD; Median [IQR]
²Fisher's exact test

NO EXISTEN DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN EL REINGRESO DE PACIENTES ANTES DE LOS 30 DÍAS ENTRE LOS PACIENTES CON Y SIN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (p-value >0.05)

	N	TOTAL N = 63 ¹	NO ENF. CARDIOVASCULAR N = 14 ²	SI ENF. CARDIOVASCULAR N = 49 ²	p-value ²
REINGRESO A LOS 90 DÍAS	63				0.2
NO		54 (85.7%)	14 (100.0%)	40 (81.6%)	
SI		9 (14.3%)	0 (0.0%)	9 (18.4%)	

¹n (%); Mean ± SD; Median [IQR]
²Fisher's exact test

Gráficos de distribución 2.

163. Relacion entre la infección por virus respiratorio sincitial y la insuficiencia cardiaca en pacientes hospitalizados en España entre 2018 y 2022. Rosa María Gómez García¹, Teresa Gómez García¹, Zichen Ji², Ana López De Andrés³, Rodrigo Jiménez García³, Javier De Miguel Díez¹. ¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid., Madrid, España, ²Fundación de Investigación Biomédica - Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid., Madrid, España, ³Facultad de Medicina – Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España, Madrid, España

Introducción

La insuficiencia cardiaca descompensada (IC) es una causa frecuente de ingreso hospitalario en España. Las infecciones respiratorias son una causa de agudización de IC y, entre ellas se incluye la infección por el virus respiratorio sincitial (IVRS). El objetivo de este estudio es analizar las hospitalizaciones de pacientes con IC e infección por VRS en España entre 2018 y 2022, así como comparar sus características y resultados con los de aquellos con IC sin IVRS.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Los datos fueron obtenidos de la Base de Datos Nacional de Altas Hospitalarias. El periodo de estudio fue del 1/1/18 al 31/12/22.

Resultados

Se identificaron 424.413 pacientes con IC ingresados durante el periodo del estudio. De ellos, 1.988 tenían también diagnóstico de IVRS. La proporción de pacientes con IC hospitalizados con IVRS aumentó significativamente desde el 0,37 % en 2018 hasta el 0,75 % en 2022 (p < 0,001), aunque presentó un marcado descenso en el año 2021 con repunte posterior. La distribución de género fue similar siendo la edad media de 80 años, que se mantuvo estable durante todo el periodo de estudio. Los ingresos en UCI disminuyeron de forma constante a lo largo del tiempo desde 6,11% al 2,87% (p = 0,002). La mortalidad intrahospitalaria (MIH) mostró un ligero aumento, aunque no estadísticamente significativo (9% en 2018 vs 9,77% en 2022), con un aumento en 2020 (13,64%). La mediana de estancia hospitalaria disminuyó significativamente, desde 9 días en 2018 a 7 días en 2022. Los costes de la hospitalización se mantuvieron estables entre 2018 y 2022.

La edad avanzada, el antecedente de infarto de miocardio, la infección por SARS-CoV2 y la necesidad de oxigenoterapia se asociaron con mayor MIH en pacientes con IC asociados o no con IVRS. La enfermedad renal crónica y el cáncer fueron factores asociados con la MIH en pacientes sin IVRS, mientras que, en aquellos asociados a IVRS, la EPOC concomitante y el uso de ventilación mecánica no invasiva se asociaron a mayor mortalidad. Estos pacientes también presentaron mayor estancia media (8 versus 7 días; p < 0,001) y unos costes medios de hospitalización más altos (4.461,1€ frente a 3.993,9€, p < 0,001). Además, en pacientes con IVRS, se observó un modesto aumento significativo de la MIH (OR 1,29; IC del 95% 1,01-1,59) después del ajuste multivariable.

Conclusiones

La prevalencia de la infección por VRS asociada a IC ha aumentado desde el 2018 hasta el 2022. Los pacientes con IC e IVRS presentan una mayor gravedad, con aumento de MIH en comparación con aquellos sin IVRS; también requieren mayores costes de hospitalización. En el futuro, se necesitan identificar factores de riesgo ante la IVRS que permitan tomar medidas precoces para conseguir disminuir la mortalidad y costes asociados a la IVRS.

164. VRS, más allá de una mera infección respiratoria. Mayra Yanina jiménez Méndez, Cristian Amaral De Sousa, Andrea Carrillo Pérez, Belén Molino Garcia, Eva María Gasset Elices, Lara Bravo Quiroga. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid., Alcalá De Henares, España

Introducción

El virus sincitial respiratorio (VRS) es una causa frecuente de infección de vías respiratorias que puede ocasionar, desde cuadros leves, hasta formas graves que pueden llevar a los pacientes a situaciones de riesgo vital. Es ampliamente conocido por su capacidad para producir enfermedad respiratoria grave en niños, en pacientes inmunocomprometidos y/o con enfermedad cardiopulmonar.

Hasta hace unos años, una gran parte de los ingresos hospitalarios que producía el VRS se atribuía erróneamente al virus de la gripe o a otros virus respiratorios, pero la generalización de técnicas moleculares, han permitido su identificación.

Material y métodos

Objetivo: dar notoriedad a la frecuencia de infección por VRS en pacientes adultos hospitalizados en nuestro centro (Hospital Universitario Príncipe de Asturias "HUPA") y caracterizar su expresión clínica y su efecto como factor de descompensación de algunas comorbilidades.

Se trata de un estudio observacional retrospectivo, que analiza las muestras microbiológicas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) con resultado positivo para VRS procesados por el laboratorio de Microbiología del HUPA desde el 1 de octubre de 2024 al 31 de octubre de 2024.

Resultados

Se analizaron un total de 295 muestras de PCR que fueron positivas para VRS. De nuestro estudio se excluyeron los pacientes menores de 18 años (93) y los pacientes que no requirieron hospitalización (106).

Tabla 1. Características epidemiológicas, comorbilidades y motivo de ingreso

Edad (años)	76 ± 14
Sexo	
Varón	40 (41,6%)
Mujer	56 (58,3%)
Tabaquismo	
Nunca	37 (38,5%)
Exfumador	23 (23,95%)
Fumador activo	12 (12,5%)
Sobrepeso y obesidad	40 (41,6%)
Vacunación gripe campaña actual	66 (63,3%)
Vacunación neumococo	60 (57,6%)
Asma	17 (17,70%)
EPOC	11 (11,4%)
Bronquiectasias	2 (2%)
Sin patología respiratoria previa	52 (54,16%)
Cardiopatía isquémica	9 (9,3%)
Insuficiencia cardíaca	18 (18,75%)
Fibrilación auricular	25 (26,04%)
Enfermedad renal crónica	13 (13,54%)
Inmunosupresión	
Sí	8 (8,3%)
No	88 (91,6%)
Motivo de ingreso	
Bronquitis aguda	38 (36,48%)
Neumonía	20 (20,8%)
Agudización de bronquiectasias	0
Agudización de EPOC	6 (6,25%)
Agudización asmática	6 (6,25%)
Descompensación de IC	12 (12,5%)
Insuficiencia respiratoria	68 (70,8%)
Otros	2 (2%)

Tabla 2. Complicaciones

Infección nosocomial asociada	11 (11,45%)
Coinfección respiratoria bacteriana	59 (61,45%)
Insuficiencia respiratoria	79 (82,29%)
Broncoespasmo	63 (65,62%)
IC de novo	6 (6,25%)
Arritmia	5 (5,2%)
Deterioro de función renal	15 (15,62%)
Insuficiencia hepática	1 (1%)
Sepsis respiratoria	3 (3,12%)

Las características epidemiológicas, motivo de ingreso y comorbilidades de nuestros 96 pacientes se recogen en la tabla 1. La mayoría de los pacientes (78%) tenían más de 65 años en el momento del ingreso. 86 pacientes fueron diagnosticados a su llegada a Urgencias mientras que los 10 restantes se contagiaron durante el ingreso en planta. 68 pacientes (70,8%) presentaban insuficiencia respiratoria en el momento del diagnóstico y 11 pacientes más la desarrollaron posteriormente. Entre las comorbilidades más destacadas están la fibrilación auricular (26%), la insuficiencia cardíaca (18,75%) y la enfermedad renal crónica (13,5%).

Las complicaciones presentadas durante el ingreso se recogen en la tabla 2, destacando la presencia de broncoespasmo (65,62%) y la coinfección bacteriana (61,45%).

La mayoría de los pacientes (89,5%) fueron tratados con broncodilatadores y corticoides sistémicos, un 79,1% con corticoides inhalados y un 83,3% con antibioterapia. Solo 7 requirieron soporte respiratorio no invasivo y un paciente ingresó en UCI.

Conclusiones

- Los pacientes que requieren ingreso en planta de hospitalización por infección secundaria a VRS son mayores de 65 años en la mayoría de los casos.
- Comorbilidades como la insuficiencia cardíaca, la fibrilación auricular y la cardiopatía isquémica favorecen infecciones más graves.
- Conocer las características de estos pacientes puede ayudar a llevar a cabo acciones preventivas.

172. Aislamientos de micobacterias no tuberculosas (MNT) más frecuentes y su patogenicidad durante el año 2023 en el Hospital Universitario Infanta Leonor. Inmaculada Castillo Gil, Jorge Rábago Castro, César Araque Molina, María Jesús Buendía García, África Alcorta Mesas, Silvia Martín Bote. *Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España*

Introducción

Las micobacterias no tuberculosas (MNT) son un grupo heterogéneo de microorganismos ambientales ubicuos, con capacidad de colonización y potencial patógeno en humanos. Su relevancia clínica ha ido en aumento con implicaciones clínicas diversas, desde colonización hasta infecciones pulmonares crónicas o diseminadas en pacientes inmunocomprometidos.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo observacional en pacientes con al menos un aislamiento microbiológico de MNT de enero-dic/2023. Se registraron variables demográficas, antropométricas y clínicas. Análisis de datos según SPSS v.23.

Resultados

Se obtuvo una N: 58 pacientes con edad media: 69,9 años (DS ± 13.55), siendo el 51,7%, mujeres. Un 19% eran fumadores activos y 45% exfumadores. Como FRCV: HTA (19%), DM (15%) y hasta el 31% de los pacientes no presentaron ninguno. El 50% de los pacientes tenían bronquiectasias, hasta un 37,9% presentaban EPOC, 20,7% asma, EPID (6.9%) y Cáncer 6.9%. El 13.8% tenían alguna causa de inmunosupresión. 7 pacientes (12,06%) habían fallecido en el momento del estudio.

Provenían el 70,7% de NML, 10,3% Hospitalización de NML y el 18,9% a otros servicios. El tipo de muestra diagnóstica: 84.4% esputo; 8.6% BAS; 5.2% BAL y una única muestra (1.7%) exudado extrapulmonar.

En relación con las micobacterias se aislaron: 34.8% M. tuberculosis complex (n = 31) y 65.2% MNT (n = 58). De las MNT los gérmenes más aislados fueron: Mycobacterium avium (20 pacientes, 34,5%); M. gordonae (8 pacientes, 13,8%) y M. lentiflavum (7 pacientes, 12,1%). Con menor frecuencia se obtuvieron: 4 pacientes con M. fortuitum (6,9%), 4 con M. intracellulare (6,9%), 5 con M. chimaera (8,6%), 2 con M. kansasii y con M. abscessus (3,4%) y 1 (1,7%) con M. asiaticum, M. boenickei, M. phocaicum, M. fluoranthenorans, además de 2 pacientes con otros Mycobacterium spp.

Solo en un 17,2% (n:10) cumplían criterios de enfermedad y se inició tratamiento. Los gérmenes más tratados fueron: 5 (50%) M. avium; 2 (20%) M. kansasii; 1 (10%) M. intracellulare; 1 (10%) M. abscessus masilense; 1 (10%) M. fortuitum.

Conclusiones

- El aislamiento de MNT el doble que M. tuberculosis complex.
- La especie aislada más prevalente fue Mycobacterium avium y también fue la más patogénica.

173. Aislamiento de micobacterias no tuberculosas (MNT): enfermedad, tratamiento y efectos adversos. Inmaculada Castillo Gil, Santiago Salso Ortiz, África Alcorta Mesas, César Araque Molina, Silvia Martín Bote, Mariara Antonieta Calderón Alcalá. *Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España*

Introducción

Las micobacterias no tuberculosas (MNT) son un grupo heterogéneo de microorganismos ambientales ubicuos, con capacidad de colonización y potencial patógeno en humanos. Su relevancia clínica ha ido en aumento con implicaciones clínicas diversas, desde colonización hasta infecciones pulmonares crónicas o diseminadas en pacientes inmunocomprometidos.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo observacional en pacientes con al menos un aislamiento microbiológico de MNT de enero-dic/2023. Se registraron variables demográficas, antropométricas y clínicas. Análisis de datos según SPSS v.23.

Resultados

Se obtuvo una N: 58 pacientes con edad media: 69,9 años (DS ± 13.55), sienten el 51,7%, mujeres. Un 19% eran fumadores activos y 45% exfumadores. Como FRCV: HTA (19%), DM (15%) y hasta el 31% de los pacientes no presentaron ninguno. El 50% de los pacientes tenían bronquiectasias; 37,9%, EPOC, 20,7% asma, EPID (6.9%) y Cáncer 6.9%. El 13.8% tenían alguna causa de inmunosupresión. 7 pacientes (12,06%) habían fallecido en el momento del estudio.

Un 70,7% de los pacientes utilizaban corticoides inhalados en el momento del aislamiento.

70,7% provenían de NML; 10,3% , Hospitalización de NML y el 18,9%, otros servicios. El tipo de muestra diagnóstica: 84.4% esputo; 8.6% BAS; 5.2% BAL y una única muestra (1.7%) exudado extrapulmonar.

Solo en un 17,2% (N:10) cumplían criterios de enfermedad y se inició tratamiento. Los esquemas fueron: rifampicina + etambutol + azitromicina (50%); esquemas que incluyen quinolonas (30%); 20% rifampicina + isoniazida + etambutol. 3 pacientes recibieron amikacina nebulizada: 1 se retiró el tratamiento por EA, otro completó tratamiento con curación y el tercero está actualmente en tratamiento con buena tolerancia.

Con relación a la tolerancia del tratamiento en 6 (60% de los tratados) presentaron EA. De éstos: 30% precisaron modificación del tratamiento, 30% completaron el tratamiento con curación y 40% siguen actualmente en tratamiento.

Conclusiones

- La mayoría de casos aislados de MNT se trataron de colonizaciones, presentando criterios de enfermedad solo un 17,2%.
- La localización pulmonar es claramente predominante.
- La enfermedad pulmonar donde más frecuentemente se aislaron MNT fueron las BQ.
- El 71% de los pacientes con aislamientos estaban en tratamiento con corticoides inhalados.
- Los esquemas de tratamiento más usados se basaron en la combinación de macrólidos, rifampicina y etambutol.
- Se evidencia un elevado porcentaje de EA (60%) al tratamiento.

Patología vascular

19. Análisis del manejo de pacientes con embolia pulmonar aguda de riesgo intermedio en una unidad de cuidados respiratorios intermedios. Jorge Mora Pinilla, Araceli Abad Fernández, Fernando García Prieto, Sonia García Pascual, María Teresa Río Ramirez, Diego Durán Barata. *Hospital Universitario de Getafe, Madrid., Madrid, España*

Introducción

La tromboembolia de pulmón (TEP) es la tercera causa de muerte cardiovascular, tras el infarto agudo de miocardio y el ictus.

La mortalidad por todas las causas de la TEP de riesgo intermedio-alto se estima en un 10%, aumentando a un 30% en las de riesgo alto. Las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) se han postulado como lugares para la monitorización estrecha de pacientes con TEP que permiten identificar a aquellos pacientes que puedan presentar deterioro hemodinámico y valorar de manera precoz el inicio de terapias de reperfusión.

El objetivo fue describir las características clínico-epidemiológicas y la evolución clínica de pacientes con TEP aguda sintomática de riesgo intermedio ingresados en una UCRI.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo para evaluar la evolución clínica de pacientes con TEP aguda sintomática que ingresaron en la UCRI del Hospital Universitario de Getafe entre 2021 y 2024. Se recogieron variables epidemiológicas y clínicas durante el ingreso, mortalidad y complicaciones derivadas de la anticoagulación a los 30 y 90 días.

Resultados

Se incluyeron 64 pacientes con TEP aguda sintomática de riesgo intermedio. La mediana de edad fue 70 años (56-84) con un 61% (39) hombres. El 72% (46) fueron clasificados como TEP aguda sintomática de riesgo intermedio alto y 28% como riesgo intermedio bajo. Respecto a la etiología, el 55% (35) fueron provocados por un factor de riesgo conocido, la causa predominante fue la oncológica [36% (23)]. El cáncer más frecuente fue el de pulmón [30% (20)] y el 30% (10) presentaban metástasis al diagnóstico de TEP. La estancia media de hospitalización fue 6 ± 5 días, siendo de 4 ± 4 días en la UCRI. La tensión sistólica media fue de 130 ± 20 mmHg y la

Tabla 1. Anexo resultados: comorbilidades, coagulación al alta y anticoagulación utilizada

n = 64		
Anticoagulación al alta a domicilio	ACOD	58% (37)
	Heparinas bajo peso molecular	18% (11)
	Sintrom	23% (14)
Sangrado menor en ingreso	7% (5)	
Sangrado mayor en ingreso	4% (2)	
Sangrado menor a los 30-90 días	No	
Sangrado mayor a los 30 días	1	
Sangrado mayor a los 90 días	No	
Éxito en primeros 30 días tras alta	1 (Sangrado Mayor)	
Éxito en primeros 90 días tras alta	2 (Proceso neoplásico y distrés respiratorio)	
Comorbilidades	AOS	15% (10)
	FA	13% (8)
	Cardiopatía	22% (14)
	EPOC	19% (12)
Otros parámetro analíticos	Ácido láctico	2,18 mmol/l
	PCR	23 (1-231) mg/l

frecuencia cardíaca media de 92 ± 17 lpm. A nivel analítico, los niveles medios de troponina y mediana péptido natriurético fue de 67 ± 60 ng/L y de 1000(27-35000) pg/ml respectivamente. El 82% (53) con dilatación de ventrículo derecho (VD) en ecocardiograma y el 84% (55) en angioTAC. El 80% (51) de los pacientes eran candidatos a UCI, solamente 2 ingresaron en esta unidad por deterioro hemodinámico. La mortalidad por todas las causas fue del 6.25% (4), ninguno por TEP (2 por proceso neoplásico y 2 por distrés respiratorio agudo) ninguno era candidato a medidas invasivas. El resto de resultados mostrados en Tabla 1.

Conclusiones

La UCRI se muestra como un entorno seguro para monitorización y tratamiento anticoagulante de pacientes con TEP aguda sintomática de riesgo intermedio.

51. La escala simple como identificador de los pacientes normotensos más graves en la tromboembolia de pulmón aguda sintomática. Ignacio Jara Alonso, Ana Victoria Castillo Durán, Laura Lago Lagunas, Edwin Yong Portugal, Juan Manuel Velasco Martín, David Jiménez Castro. *Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid., Madrid, España*

Introducción

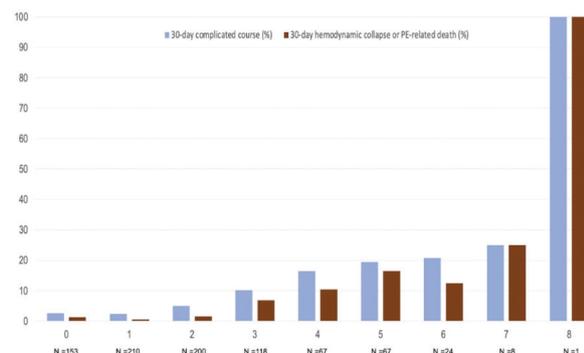
La combinación de factores pronósticos podría facilitar la identificación de pacientes normotensos con tromboembolia pulmonar (TEP) que presentan un riesgo intermedio-alto de curso complicado a corto plazo. Hemos propuesto y validado una escala sencilla para la identificación de estos pacientes.

Material y métodos

El puntaje SIMpLe incluye signos vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica y saturación de oxígeno), pruebas de imagen (angiografía por tomografía computarizada, ecocardiografía y ecografía de extremidades inferiores) y análisis de laboratorio (troponina, péptido natriurético cerebral [BNP] y lactato). Utilizando datos recolectados prospectivamente de la cohorte PROgnosTic valUE of Computed Tomography scan (PROTECT), se calculó el puntaje para cada paciente. Para un curso clínico complicado a 30 días, se evaluó el rendimiento global de la escala SIMpLe (puntuación de Brier); su capacidad discriminativa (área bajo la curva); la calibración (inspección visual); y capacidad predictiva (valores predictivos positivos).

Resultados

De un total de 848 pacientes, 63 (7,4%) presentaron un curso clínico complicado durante el seguimiento a 30 días. La puntuación de Brier fue de $0,066 \pm 0,205$. La escala SIMpLe mostró un valor predictivo moderado para un curso clínico complicado a 30 días (0,736; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,671 a 0,801). La nueva escala mostró buena calibración en la cohorte de validación. Se confirmó que, a mayor puntuación, mayor riesgo de un curso clínico complicado a 30 días (razón de probabilidades por variable adicional, 1,601; IC del 95%, 1,390 a 1,845). De los 848 pacientes incluidos, la escala SIMpLe fue positiva (es decir, puntuación > 3) en 285 pacientes (33,6%). El valor predictivo positivo para un curso complicado fue del 15,4% (44/285; IC del 95%, 11,5% a 20,2%). Al aplicar un punto de corte más alto (> 4 variables), la proporción de pacientes clasificados como positivos fue del 19,7%, y el valor predictivo positivo fue del 19,2%. Los hallazgos fueron consistentes en subgrupos estratificados por edad, sexo y presencia o ausencia de cáncer.



Curso clínico complicado a 30 días según SIMpLe score.

Conclusiones

La escala SIMpLe tiene una capacidad discriminativa moderada y un excelente valor predictivo positivo para la predicción de un curso clínico complicado en pacientes normotensos con TEP aguda sintomática.

53. Utilidad de la escala PESI simplificada en función del sexo en pacientes normotensos con tromboembolia de pulmón aguda sintomática. Diego Ceballos Gomez-Barreda, Ana Victoria Castillo Duran, Ignacio Jara Alonso, Edwin Yong Portugal, Laura Lago Lagunas, David Jiménez Castro. *Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid., Madrid, España*

Introducción

La escala Pulmonary Embolism Severity Index simplificada (PESIs) es muy útil para la identificación de pacientes con tromboembolia de pulmón (TEP) aguda sintomática y un riesgo bajo de eventos adversos a corto plazo. El objetivo de este estudio fue evaluar la utilidad de esta escala en función del sexo de los pacientes.

Material y métodos

Incluimos 848 pacientes estables hemodinámicamente con diagnóstico de TEP del estudio PROTECT. Analizamos los eventos clínicos (muerte por cualquier causa, muerte por TEP, curso clínico complicado y sangrados mayores) durante los primeros 30 días de tratamiento en el grupo de pacientes con PESIs negativa de forma separada en hombre y en mujeres.

Resultados

Se incluyeron 848 pacientes [432 (50.9%) mujeres y 416 (49.1%) hombres] en el estudio. En el grupo de mujeres con una escala PESIs negativa no se produjo ningún fallecimiento, comparado con un fallecimiento en el grupo de hombres durante los primeros 30 días de tratamiento (0% vs. 0,6%, $p = 1.00$). La distribución del resto de eventos clínicos se muestra en la Tabla.

Conclusiones

La escala pronóstica PESIs tiene una utilidad similar entre mujeres y hombres para identificar a los pacientes de bajo riesgo que se podrían beneficiar de un alta precoz o del tratamiento ambulatorio de su enfermedad.

Tabla. Distribución de eventos entre pacientes con PESIs negativa de forma separada para mujeres y hombres

Eventos	Mujeres (n = 140)	Hombres (n = 173)	p
Muerte por cualquier causa	0	1 (0.6%)	1.00
Muerte por TEP	0	1 (0.6%)	1.00
Curso clínico complicado*	1 (0.7%)	4 (2.3%)	0.39
Sangrados mayores	4 (2.9%)	2 (1.2%)	0.41

Abreviaturas: PESIs, *Pulmonary Embolism Severity Index* simplificada; TEP, tromboembolia de pulmón.

*Muerte por cualquier causa, colapso hemodinámico o TEP recurrente.

72. Utilidad de varias escalas pronósticas para la identificación de pacientes con tromboembolia de pulmón aguda sintomática de riesgo intermedio-alto según el sexo. María Angelica Yañez Quintero, Ana Victoria Castillo Duran, Ignacio Jara Alonso, Edwin Jonathan Yong Portugal, Laura Lago Lagunas, David Jimenez. *Hospital Ramon y Cajal, Madrid, España*

Introducción

Se han validado varias escalas para la identificación de pacientes con tromboembolia de pulmón (TEP) aguda sintomática y un riesgo intermedio-alto de eventos adversos a corto plazo (Bova; H-FABP, Syncope, Tachycardia [FAST]; Pulmonary Embolism Thrombolysis Trial [PEITHO] III; composite PE shock [CPES]). El objetivo de este estudio fue evaluar la utilidad de estas escalas en función del sexo de los pacientes.

Material y métodos

Incluimos 848 pacientes estables hemodinámicamente con diagnóstico de TEP del estudio PROTECT. Analizamos los eventos clínicos (muerte por cualquier causa, muerte por TEP, curso clínico complicado y sangrados

Eventos	Bova		Fast		PEITHO III		CPES	
	Mujeres (n = 28)	Hombres (n = 9)	Mujeres (n = 89)	Hombres (n = 44)	Mujeres (n = 36)	Hombres (n = 8)	Mujeres (n = 55)	Hombres (n = 23)
Muerte por cualquier causa	2 (7.1%)	0	4 (4.5%)	5 (11.4%)	1 (2.8%)	2 (25.0%)	4 (7.3%)	2 (8.7%)
Muerte por TEP	2 (7.1%)	0	3 (3.4%)	3 (6.8%)	1 (2.8%)	2 (25.0%)	3 (5.5%)	2 (8.7%)
Curso clínico complicado*	7 (25.0%)	1 (11.1%)	12 (13.5%)	7 (15.9%)	5 (13.9%)	2 (25.0%)	13 (23.6%)	3 (13.0%)
Sangrados mayores	1 (3.6%)	0	2 (2.2%)**	5 (11.4%)**	0***	2 (25.0%)*	3 (5.5%)	2 (8.7%)

Abreviaturas: FAST, H-FABP, Syncope, Tachycardia; PEITHO, Pulmonary Embolism Thrombolysis Trial; CPES, composite PE shock; TEP, tromboembolia de pulmón. * Muerte por cualquier causa, colapso hemodinámico o TEP recurrente. ** p = 0.04 ***p = 0.03.

mayores) durante los primeros 30 días de tratamiento entre los pacientes con un resultado positivo de cada escala clínica de forma separada en hombre y en mujeres.

Resultados

Se incluyeron 848 pacientes [432 (50.9%) mujeres y 416 (49.1%) hombres] en el estudio. En el grupo de pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto según cada escala pronóstica, la mortalidad por cualquier causa fue similar en el grupo de mujeres y en el de hombres (Bova: 7.1% versus 0%; FAST: 4.5% versus 11.4%); PEITHO III: 2.8% versus 25.0%; CPES: 7.3% versus 8.7%; P no significativa para todas las comparaciones). La distribución del resto de eventos clínicos se muestra en la Tabla.

Conclusiones

En el grupo de pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto según las escalas pronósticas de Bova, FAST, PEITHO III y CPES, la proporción de eventos adversos asociados a la TEP es similar entre las mujeres y los hombres. FAST y PEITHO III identifican una proporción significativamente mayor de sangrados en hombres que en mujeres.

89. Descripción de la prevalencia y características de los pacientes con AOS en consulta monográfica de TEP. Laura Castellanos López, Mateo Hevia Menéndez, Elabbes Riffai, Manuel Emilio James Sosa, Elena Ávalos Pérez-Urria, Emma Vázquez Espinosa. *Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España*

Introducción

La TEP es la 3ª causa de morbimortalidad cardiovascular a nivel mundial; mientras que, el AOS es uno de los trastornos del sueño más comunes, con una prevalencia en alza. En la literatura existe un interés en auge por la relación entre ambas patologías, ya que existen datos que sugieren que el AOS podría ser un factor de riesgo para la TEP y ETEV recurrente. En los últimos años, varios estudios han plasmado una mayor incidencia de ETEV en pacientes con AOS.

Por ello, nuestro objetivo es describir las característica y prevalencia de AOS en nuestros pacientes en seguimiento en la consulta monográfica de TEP.

Material y métodos

Estudio retrospectivo sobre una cohorte de 125 pacientes con diagnóstico de TEP en seguimiento en la consulta monográfica de TEP desde septiembre 2023-septiembre 2024 del Hospital de La Princesa. Los pacientes fueron clasificados en función de si presentaban diagnóstico de AOS o no. Se recogieron variables sociodemográficas y clínico-funcionales. Se utilizó el software SPSS IBM para el análisis.

Resultados

En nuestro estudio, el 56% de los pacientes con TEP eran hombres con una media de 68,06 ± 15,00 años. El 17,6% de nuestra muestra corresponde a pacientes con TEP y diagnóstico de AOS, presentando un IMC más elevado que aquellos sin AOS (33,60 ± 6,98 vs 27,90 ± 5,40 con p = 0,054) y una distribución de comorbilidades (HTA, DM, DL, IC, FA,...) similares entre ambos grupos sin alcanzar significación (p > 0,05). Sin embargo, los pacientes con AOS presentaron en mayor medida ETEV previa (27,3% vs 7,8%), TVP concomitante al diagnóstico de TEP (36,4% vs 15,2%) y en mayor medida, disfunción de cavidades derechas al diagnóstico de TEP (52,3% vs 29,6%) con p < 0,05. Sin embargo, no se encontró diferencia en las variables: clasificación del riesgo de TEP, escalas PESI, localización del trombo, valores de laboratorio al diagnóstico de la TEP ni respecto al tratamiento de la TEP aguda o en el seguimiento con consulta con p > 0,05.

Además, dentro de los pacientes con AOS, el 50% de los mismos (11 pacientes) fueron diagnosticados de AOS posterior al TEP en las consultas externas de seguimiento; mientras que, el otro 50%, ya tenían previamente el diagnóstico de AOS previo al TEP.

Conclusiones

En nuestra consulta monográfica de TEP, la prevalencia de AOS es del 17,6% con una disminución del infradiagnóstico de AOS gracias al seguimiento en consulta. Los pacientes con TEP y AOS presenta en mayor medida historia previa de ETEV y en el momento del dx de TEP, una mayor presencia de disfunción de cavidades derechas y TVP concomitante.

	Total 125 (100%)	AOS 22 (17,6%)	No-AOS 103 (82,4%)	p
Sexo (masculino)	70 (56%)	13 (59,1%)	57 (55,3%)	0,748
Edad (años)	68,06 ± 15,00	68,68 ± 13,16	67,93 ± 15,42	0,832
BMI (kg/m ²)	28,96 ± 6,07	33,60 ± 6,98	27,90 ± 5,40	0,054
Estado vital				0,418
Vivo	122 (97,6%)	22 (100%)	100 (97,1%)	
Fallecido	3 (2,9%)	0 (0%)	3 (2,9%)	

(Continúa)

(Continuación)

	Total 125 (100%)	AOS 22 (17,6%)	No-AOS 103 (82,4%)	p
Estado tabáquico				0,664
No fumador	68 (54,4%)	13 (59,1%)	55 (80,9%)	
Exfumador	45 (36%)	8 (36,4%)	37 (35,9%)	
Fumador activo	12 (9,6%)	1 (4,5%)	11 (10,7%)	
IPA (paq/año)	30,91 ± 28,40	22,94 ± 25,53	32,74 ± 29,02	0,356
Comorbilidades				
HTA	52 (41,6%)	14 (63,6%)	38 (36,9%)	0,210
DL	59 (47,2%)	11 (50%)	48 (46,6%)	0,772
DM	22 (17,6%)	6 (27,3%)	16 (15,5%)	0,189
Insuficiencia cardíaca	6 (4,8%)	1 (4,5%)	5 (4,9%)	0,896
Cardiopatía isquémica	7 (5,6%)	2 (9,1%)	5 (4,9%)	0,433
FA o flutter	8 (6,4%)	1 (4,5%)	7 (6,8%)	0,828
EPOC	12 (9,6%)	2 (9,1%)	10 (9,7%)	0,929
Asma	10 (8%)	1 (4,5%)	9 (8,7%)	0,511
Epid	1 (0,8%)	0 (0%)	1 (1%)	0,643
Esfera afectiva (ansiedad/depresión)	9 (7,2%)	1 (4,5%)	8 (7,8%)	0,589
Enfermedad renal crónica	4 (3,2%)	0 (0%)	4 (3,9%)	0,347
Enfermedad hepática	1 (0,8%)	1 (4,5%)	0 (0%)	0,176
Factores de riesgo ETEV				
Cirugía reciente	12 (9,6%)	3 (13,6%)	9 (8,7%)	0,479
Trauma reciente	4 (3,2%)	1 (4,5%)	3 (2,9%)	0,699
Embarazo	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1,000
Cáncer	29 (23,2%)	5 (22,7%)	24 (23,3%)	0,954
Patología coagulación	17 (13,6%)	3 (13,6%)	14 (13,6%)	0,996
Viajes recientes	13 (10,4%)	2 (9,1%)	11 (10,8%)	0,814
Inmovilización	18 (14,4%)	3 (13,6%)	15 (14,7%)	0,897
Anticonceptivos orales	2 (1,6%)	0 (0%)	2 (4,5%)	0,663
AP etev previa	14 (11,2%)	6 (27,3%)	8 (7,8%)	0,008
AF etev previa	18 (14,4%)	4 (18,2%)	14 (13,6%)	0,578
Características TEP				
Riesgo				0,468
Bajo	34 (27,2%)	5 (25%)	29 (29,3%)	
Intermedio-bajo	48 (38,4%)	6 (30%)	42 (42,4%)	
Intermedio-alto	31 (24,8%)	8 (40%)	23 (23,2%)	
Alto	6 (4,8%)	1 (5%)	5 (5,1%)	
PESI	2,78 ± 1,39	3,29 ± 1,45	2,66 ± 1,36	0,064
sPESI	0,97 ± 0,95	1,05 ± 1,02	0,96 ± 0,94	0,696
Disfunción cavidades derechas	40 (32%)	11 (52,3%)	29 (29,6%)	0,045
Localización trombo				0,081
Arterias principales	31 (24,8%)	9 (42,9%)	22 (22,7%)	
Arterias lobares	51 (40,8%)	10 (47,6%)	41 (42,3%)	

(Continúa)

(Continuación)

	Total 125 (100%)	AOS 22 (17,6%)	No-AOS 103 (82,4%)	p
Arterias segmentarias	27 (21,6%)	2 (9,5%)	25 (25,8%)	
Arterias subsegmentarias	9 (7,2%)	0 (0%)	9 (9,3%)	
TVP Concomitante	23 (18,4%)	8 (36,4%)	15 (15,2%)	0,022
Parámetros laboratorio al diagnóstico del TEP				
Hemoglobina	14,14 ± 1,96	14,59 ± 1,50	14,04 ± 2,06	0,241
Plaquetas	228,22 ± 65,38	204,33 ± 61,02	233,50 ± 65,44	0,064
Troponinas	257,78 ± 472,81	286,10 ± 415,15	244,91 ± 505,55	0,824
Pro-BNP	1351,10 ± 2289,40	2219,87 ± 2354,55	1156,58 ± 2246,47	0,104
Creatinina	0,99 ± 0,35	1,13 ± 0,38	0,95 ± 0,34	0,340
Tratamiento inicial TEP				
HBPM	112 (89,6%)	18 (81,8%)	94 (93,1%)	0,094
HNF	9 (7,2%)	3 (13,6%)	6 (5,9%)	0,209
NACO	1 (0,8%)	0 (0%)	1 (1%)	0,639
Reperusión sistémica o localizada	6 (4,8%)	2 (9,1%)	4 (4%)	0,311
Trombectomía mecánica	3 (2,4%)	0 (0%)	3 (3%)	0,413
Filtro de vena cava	1 (0,8%)	0 (0%)	1 (1%)	0,639
Tratamiento en consulta				
HBPM	12 (9,6%)	3 (13,6%)	9 (8,8%)	0,163
ACO	11 (8,8%)	4 (18,2%)	7 (6,9%)	
NACO	101 (80,8%)	15 (68,2%)	86 (84,3%)	
Filtro de vena cava	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

108. Valoración del ventrículo derecho en pacientes con tromboembolia de pulmón de riesgo bajo. Edwin Jonathan Yong Portugal, Laura Lago Lagunas, Ana Victoria Castillo Durán, Ignacio Jara Alonso, Winnifer Yaralis Briceño Franquiz, David Jiménez Castro. *Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Madrid, España*

Introducción

La estratificación de riesgo en los pacientes con diagnóstico de tromboembolia de pulmón (TEP) es fundamental.

Sin embargo, todavía no se ha aclarado cuál es el mejor método para evaluar el tamaño/función del ventrículo derecho (VD) en pacientes de riesgo bajo con TEP aguda sintomática.

Material y métodos

Comparamos la presencia/ausencia de dilatación del VD en la angiografía computarizada (angioTC) de tórax con la presencia/ausencia de disfunción ecocardiográfica del VD.

La identificación de los pacientes con TEP de riesgo bajo se realizó con la escala Pulmonary Embolism Severity Index (PESI) simplificada. Los eventos considerados fueron la mortalidad por cualquier causa y un curso clínico complicado en los 30 primeros días después del diagnóstico.

Resultados

Se incluyeron 848 pacientes estables hemodinámicamente con TEP aguda sintomática.

La angioTC y la ecocardiografía coincidieron en la presencia/ausencia de dilatación/disfunción del VD en 449 pacientes (53%).

La escala PESI simplificada identificó 313 pacientes (37%) con un riesgo bajo de complicaciones. En este subgrupo, la angioTC y la ecocardiografía coincidieron en la presencia/ausencia de dilatación/disfunción del VD en 209 (67%).

De los 193 pacientes con TEP de riesgo bajo y VD de tamaño normal en la angioTC, 12 (6.2%) presentaban disfunción ecocardiográfica del VD. No se produjo ningún evento clínico durante el seguimiento de estos 12 pacientes.

Conclusiones

Entre los pacientes con TEP de riesgo bajo según la escala PESI simplificada, la angioTC de tórax (vs. la ecocardiografía transtorácica) es suficiente para evaluar el tamaño del VD.

112. Hipertensión arterial pulmonar asociada a fármacos y tóxicos: pronóstico y manejo en la actualidad. Resultados del registro REHAP.

Laura Lago Lagunas¹, Andrés Tenes Mayén^{1,2}, Susana Del Prado Díaz^{1,2}, Eva Gutiérrez Ortiz³, Joan Albert Barbera^{4,5}, Raquel López Reyes^{6,7}. ¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España, ²Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria – IRYCIS, Madrid, Madrid, España, ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Madrid, España, ⁴Unidad de Hipertensión Pulmonar. Hospital Clínico Barcelona, Barcelona, España, ⁵Instituto de investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España, ⁶Servicio de Neumología. Hospital La Fe., Valencia, España, ⁷Centro Investigación Red Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto Salud Carlos III (ISCIII), Madrid, España

Introducción

La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad progresiva que genera presiones elevadas en la arteria pulmonar y, frecuentemente,

deriva en insuficiencia cardíaca. La HAP inducida por fármacos y tóxicos (HAPF&T) representa un subgrupo relevante dentro de esta patología. Este estudio describe las características, los tratamientos y la supervivencia de pacientes con HAPF&T en el registro REHAP en España, comparándolos con casos de HAP idiopática (HAPI) y hereditaria (HAPH).

Material y métodos

El registro REHAP en España recoge datos de pacientes ≥ 14 años con hipertensión pulmonar (HP) del grupo 1 o grupo 4 de 62 hospitales, desde 1998. Se incluyeron pacientes diagnosticados con HAPF&T o HAPI/HAPH entre enero de 1998 y noviembre de 2023. Las estimaciones de supervivencia se calcularon mediante el análisis de Kaplan-Meier, mientras que el modelo de regresión de Cox se utilizó para identificar factores de riesgo de mortalidad.

Resultados

Las características demográficas fueron similares entre los grupos de HAPF&T y HAPI/HAPH (tabla 1). Los pacientes con HAPF&T fueron

diagnosticados más rápidamente (0,9 años frente a 2,0 años). La disnea fue más común en el grupo HAPF&T (94% frente al 90%). Las evaluaciones funcionales, los parámetros hemodinámicos y los hallazgos ecocardiográficos fueron generalmente similares entre los grupos, aunque los pacientes con HAPF&T mostraron valores ligeramente inferiores.

Ambos grupos recibieron principalmente monoterapia o terapia dual, siendo los inhibidores de la PDE5 y los antagonistas del receptor de endotelina (ARE) los fármacos principales. El análisis inicial de supervivencia indicó variaciones según el tipo de exposición tóxica (Figura 1). La exposición a quimioterapia mostró la mejor supervivencia acumulada en las primeras etapas, aunque los resultados a cinco años fueron comparables entre los grupos. El análisis de Kaplan-Meier reveló una mayor supervivencia inicial en los pacientes con HAPI/HAPH; sin embargo, esta tendencia se revirtió después de dos años, favoreciendo a los pacientes con HAPF&T a los cinco años. La prueba log-rank no encontró diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia entre los grupos ($p = 0,971$) (Figura 2), lo que sugiere resultados a largo plazo similares.

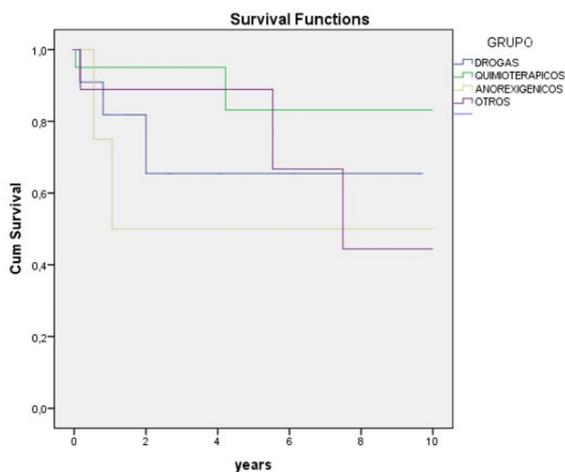
Tabla 1. Características demográficas de los pacientes con HAP

Variables	HAPF&T (n = 47)	HAPF&T (Media \pm DE o n (%))	HAPI/HAPH	HAPI/HAPH (Media \pm DE o n (%))
Edad, años, media (DE)	47	50.4 (10.9)	147	52.5 (11.9)
Género femenino, n (%)	47	24 (49%)	147	73 (50%)
Tiempo desde inicio de los síntomas hasta diagnóstico	47	0.9 (1.4)	147	2.0 (3.2)
Historia de tabaquismo	47	10 (30%)	147	20 (22%)
Ex-fumador	47	12 (36%)	147	29 (32%)
Nunca fumador	47	11 (33%)	147	42 (46%)
Antecedentes familiares	47	2 (6.1%)	147	4 (4.5%)
Enfermedad coronaria	47	10 (30%)	147	28 (31%)
Diabetes	47	0 (0.00%)	147	11 (13%)
Enfermedad respiratoria	47	3 (9.1%)	147	15 (17%)
Disnea	47	46 (94%)	147	129 (90%)
Ascitis y/o edemas	47	22 (45%)	147	44 (31%)
Síncope	47	13 (27%)	147	23 (16%)
Dolor torácico	47	13 (27%)	147	28 (20%)
Estado funcional, NYHA I-II	47	21 (43%)	147	71 (48%)
Estado funcional, NYHA III-IV	47	28 (57%)	147	76 (52%)
6MWT, metros, media (DE)	47	316.0 (196.6)	147	369.8 (146.9)
FVC	47	83.4 (19.6)	147	90.4 (16.1)
FEV 1	47	80.5 (17.2)	147	85.5 (16.5)
FEV1/FVC	47	82.4 (17.4)	147	88.0 (14.3)
DLCO	47	58.7 (21.1)	147	58.9 (23.3)
NTproBNP, pg/mL	47	2,759 (566-5,472)	147	874 (246-2,745)
BNP, pg/mL	47	365 (106-578)	147	222 (87-773)
Diámetro VD, mm	47	46.3 (9.3)	147	45.7 (9.3)
TAPSE, mm	47	16.3 (6.2)	147	16.7 (4.2)

(Continúa)

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes con HAP (continuación)

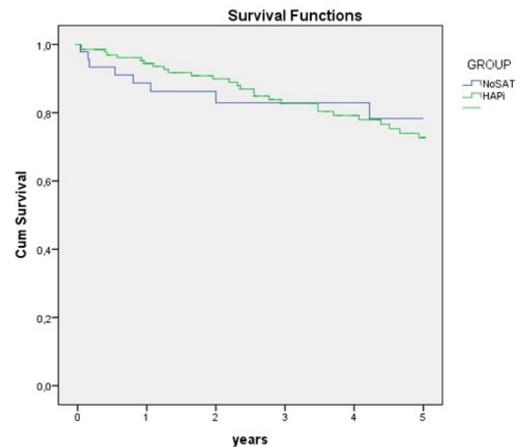
Variables	HAPF&T (n = 47)	HAPF&T (Media ± DE o n (%))	HAPI/HAPH	HAPI/HAPH (Media ± DE o n (%))
Área AD, cm ²	47	23.1 (9.4)	147	23.9 (6.6)
Índice de excentricidad del VI	47	1.5 (0.5)	147	1.4 (0.4)
Derrame pericárdico, n (%)	47	8 (20%)	147	19 (15%)
Presión AD, mmHg	47	8.4 (4.2)	147	9.2 (5.4)
SpO ₂ , n (%)	47	94.3 (3.0)	147	94.0 (4.3)
PaO ₂	47	65.4 (8.4)	147	65.0 (10.2)
GC, L/min	47	4.4 (1.2)	147	4.4 (1.4)
IC, L/min/m ²	47	2.4 (0.6)	147	2.4 (0.7)
RVP, Unidades Woods	47	9.4 (5.0)	147	10.2 (5.1)
PAPm, mmHg	47	45.6 (12.3)	147	49.4 (14.2)
No tratamiento	47	2 (47.25%)	147	9 (6.12%)
Monoterapia	47		147	
Prostaglandinas sistémicas	47	4 (8.51%)	147	7 (4.76%)
iPDE5	47	14 (29.79%)	147	43 (29.25%)
ARE	47	7 (14.89%)	147	25 (17.01%)
Riociguat	47	0	147	1 (0.68%)
Selexipag	47	0	147	1 (0.68%)
Doble terapia	47		147	
Oral	47	15 (31.91%)	147	38 (25.85%)
Oral + parenteral	47	1 (2.13%)	147	12 (8.16%)



Log rank ratio p-value =0.495

AÑOS	0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-10
DROGAS	12	7	5	3	3	1
QUIMIOTERÁPICOS	19	14	10	9	8	4
ANOREXIGÉNICOS	7	3	2	2	2	2
OTROS	9	7	7	7	5	4

Figura 1. Supervivencia a 10 años según el fármaco o tóxico asociado a la HAP.



P-VALUE LOG-RANK RATIO =0.971

years	0-1	1-2	2-3	3-4	4-5
No SAT	47	32	25	21	18
HAPI	133	14	86	70	61

Figura 2. Supervivencia a 5 años según el tipo de Hipertensión Arterial Pulmonar.

Conclusiones

Aunque los pacientes con HAPF&T mostraron inicialmente tasas de supervivencia más bajas, sus resultados a largo plazo fueron comparables a los de los pacientes con HAPI/HAPH, lo que indica una respuesta similar a las terapias actuales.

126. Utilidad de la prueba de esfuerzo cardiopulmonar en la enfermedad tromboembólica crónica. Irene Claver Ruano, Javier Carrillo Hernández-Rubio, Estefanía Llopis Pastor, María Dolores Joya Seijo, María Elvira Barrios Garrido-Lestache, Mercedes García-Salmones Martín. *Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid., Móstoles, España*

Introducción

La prueba de esfuerzo cardiopulmonar (PECP) se recomienda en el estudio de los pacientes con riesgo de desarrollar hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) y en aquellos con persistencia de síntomas tras un evento tromboembólico.

Objetivo: Describir los patrones de limitación funcional de los pacientes con enfermedad tromboembólica crónica (ETEC).

Material y métodos

Estudio de cohortes retrospectivo unicéntrico en el que se incluyeron pacientes sintomáticos o con alto riesgo de desarrollar HPTEC, a los que se le realizó una PECP tras una embolia pulmonar aguda tras 3 meses de anticoagulación efectiva en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Se analizaron las características demográficas, comorbilidad, características del evento tromboembólico y los resultados de las pruebas durante el seguimiento, así como los patrones de limitación funcional en la PECP.

Resultados

Se incluyeron a 29 pacientes, cuyas características basales se resumen en la tabla 1. Los patrones de limitación funcional en la prueba de esfuerzo se muestran en la Figura 1.

Tabla 1. Características basales

Variable	n = 29
Edad, media (DE) años	60,9 (14,1)
Sexo femenino, n (%)	14 (48,3)
Riesgo pronóstico ESC 2019	
Bajo, n (%)	8 (27,6)
Intermedio-bajo, n (%)	9 (31,0)
Intermedio-alto, n (%)	11 (37,9)
Alto, n (%)	1 (3,4)
Tratamiento	
Anticoagulación, n (%)	24 (82,8)
Fibrinólisis sistémica, n (%)	1 (3,4)
Reperusión dirigida por catéter, n (%)	1 (3,4)
Reperusión quirúrgica, n (%)	0 (0,0)
Filtro de vena cava inferior, n (%)	3 (10,3)
Puntuación InShape II, mediana [RIC]	6 [2 a 8]
Puntuación InShape II > 6, n (%)	14 (48,3)
Deterioro de la clase funcional tras el evento, n (%)	17 (54,8)
VO2 pico, media (DE), n (%) Wasserman	75,9 (17,9)
VE/VC02 nadir, media (DE)	31,8 (5,3)
VE/VC02 pendiente, media (DE)	30,7 (5,7)
Pulso de oxígeno, media (DE), n (%) Wasserman	85,3 (20,2)

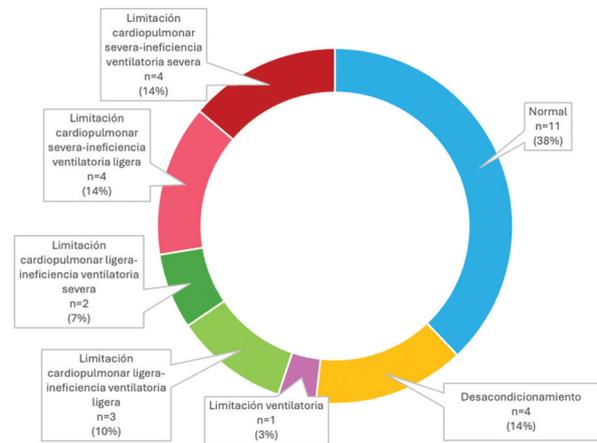


Figura 1. Patrones perfiles PECP.

Conclusiones

Los patrones de limitación funcional de los pacientes con ETEC son diversos. Una minoría de los pacientes con alteración severa de la perfusión podrían seleccionarse para estudio hemodinámico invasivo y terapias de reperusión individualizadas.

Sueño y ventilación

52. ¿Precisan seguimiento los pacientes con AOS en tratamiento con CPAP de larga evolución? Rosa López De Sagredo Paredes¹, Milangela Rodríguez Valdivieso¹, Vanesa Lores Gutierrez¹, Rocío Rodríguez Perez¹, Eva Arias Simal², María Teresa Ramirez Prieto¹. ¹Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, España, ²Oximesa, Madrid, España

Introducción

En el tratamiento del síndrome de Apneas Obstructivas del Sueño (AOS), se considera que la CPAP es efectiva cuando se utiliza más de 4 horas durante al menos el 70% de las noches. Sin embargo, solo el 50% de los pacientes logran esta adaptación, y la literatura actual sobre la adherencia a largo plazo en la adaptación es limitada. El objetivo de este estudio es evaluar el grado de adherencia en paciente con AOS un año después del inicio del tratamiento, así como analizar el impacto de una consulta específica de enfermería orientada a mejorar la adaptación de dichos pacientes.

Material y métodos

Estudio observacional y prospectivo realizado desde octubre de 2022 hasta octubre de 2024. Se han incluido pacientes diagnosticados de AOS en tratamiento con CPAP desde hace más de 1 año, con seguimiento periódico en consultas de enfermería. Previo a la consulta, un técnico de oximesa con el apoyo del equipo de enfermería gestor del servicio de neumología, revisan el cumplimiento de los pacientes siguiendo el protocolo adjunto (Figura 1).

Resultados

Se han analizado un total de 7585 pacientes con AOS en tratamiento con CPAP, cuyas características se expresan en la Tabla 1. Tras la revisión en la consulta de enfermería, 573 pacientes (7,55%) hacían un mal cumplimiento del tratamiento, siendo la mayoría hombres (70%) con una edad media de 62 ± 12 años. El 46% tenían un uso < 1 h, el 22% de < 2 h, el 18% de < 3 h y el 11% < de 4 h. La ausencia de percepción de la enfermedad fue la primera causa de mal cumplimiento (16,75%), seguido de la intolerancia al dispositivo (15%) y de problemas con la mascarilla (8%). Un 23% de pacientes fueron ilocalizables y un 22% no acudían a las revisiones periódicas.

Para solucionar la desadaptación, el 47% necesitaron una intervención y el 23% varias, siendo las principales las siguientes: educación sanitaria en el 70%, cambio de mascarilla en el 20% y acople de humidificador en el 5%. En un 71% se logró la readaptación al tratamiento con CPAP, en un 6% fue necesaria la derivación a consulta médica y en otro 6% se suspendió la terapia con CPAP.

No se encontraron diferencias significativas entre el número de intervenciones, las medidas implantadas y el grado adaptación final, así como tampoco entre dichas variables y la edad, sexo o años en tratamiento con CPAP.

Conclusiones

- Los pacientes bien adaptados a CPAP necesitan un continuo seguimiento para prevenir y evitar fracasos tardíos en el tratamiento.
- Un porcentaje considerable de no cumplidores fueron pacientes que perdieron el seguimiento periódico, y las decisiones sobre estos deben ser ratificadas antes de optar por la retirada del dispositivo.

77. Optimización de la presión en apnea obstructiva del sueño: estudio comparativo entre telemonitorización y AutoCPAP. María De Las Mercedes Carrasco Sánchez, María Candela Martínez Garretano, Irene Bocigas Huéscar, Angelika Szabó, Javier Carrillo Hernández-Rubio, Mercedes García-Salmones Martín. *Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid., Móstoles, España*

Introducción

La apnea obstructiva del sueño (AOS) es un trastorno respiratorio asociado a consecuencias cardiovasculares, metabólicas y deterioro de la calidad de vida de los pacientes. La presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) es el tratamiento de elección, pero su éxito depende de un ajuste óptimo de presión. Métodos como la telemonitorización (TLM) y la autoCPAP optimizan este proceso. El objetivo de este estudio es analizar si hay diferencias en el ajuste de las presiones por estos dos métodos.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en el que se incluyen pacientes valorados en consulta de Neumología con diagnóstico reciente (del 01 de junio 2023 al 01 de junio 2024) de AOS e inicio de tratamiento con CPAP. Todos los pacientes han sido incluidos en TLM durante 3 meses y se les ha realizado una autoCPAP válida durante una noche. Se excluyen menores de 16 años, apnea central o retirada de terapia por éxitus, cirugía o rechazo. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS. Para comparar los datos obtenidos mediante TLM (IAHr, presión ajustada y fugas) y auto-CPAP (IAHr, presión máxima y fuga total) se utilizó el estadístico Test de Wilcoxon.

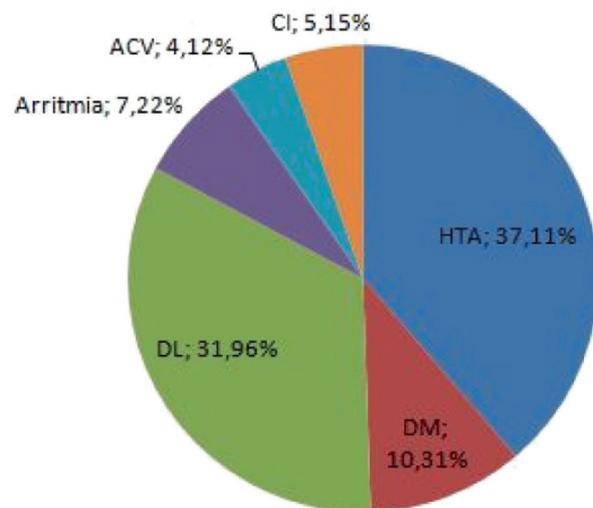


Gráfico 1. Comorbilidades.

Resultados

Se incluyen 97 pacientes con edad media de 60 ($\pm 12,8$) años, el 67,7% eran varones, el IMC medio 31,8 ($\pm 5,78$) y la puntuación en el test de Epworth de 9,68 ($\pm 4,8$). Las comorbilidades de los pacientes se observan en la gráfica 1.

La presión media de inicio fue de 8 centímetros de agua (cmH₂O). La presión media ajustada por TLM fue de 8,14 ($\pm 0,65$) cmH₂O; la presión media ajustada por autoCPAP fue de 11,8 ($\pm 2,57$) cmH₂O. Se observan diferencias estadísticamente significativas en la media de la presión de titulación entre aquellos pacientes titulados por TLM frente a la titulación por autoCPAP por la prueba de Wilcoxon ($p < 0,001$).

Tras valoración clínica y resultados de titulación en consulta, la media de presión ajustada fue de 8.53 ($\pm 1,27$) cmH₂O.

La media del IAHr de la TLM fue de 3,4 ($\pm 0,66$) y la media del IAHr de autoCPAP fue de 3,12 ($\pm 2,57$), no habiendo diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,93$).

Conclusiones

- La titulación con autoCPAP podría sobreestimar la presión óptima en los pacientes con AOS.
- Mediante la TLM el ajuste de presión es más preciso, con presiones medias más bajas, favoreciendo así la tolerancia por parte del paciente y asemejándose más al ajuste final realizado por el neumólogo en consulta.

80. Enfermedad tromboembólica venosa en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica: análisis descriptivo en una unidad multidisciplinar.

María Alejandra Castillo Ramírez, Clara Crespo Catalán, Daniela Jose Allocca Álvarez, María Varela Cerdeira, Ana Santiago Recueda, María Antonia Gómez Mendieta. *Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*

Introducción

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva de las neuronas motoras, que produce debilidad muscular y fallecimiento, en la mayoría de los casos por insuficiencia respiratoria. La movilidad reducida es un factor de riesgo para la enfermedad tromboembólica venosa (ETE): trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP). Hay evidencia que los pacientes con ELA tienen un riesgo mayor de ETEV comparado con la población general, aumentando la morbilidad y mortalidad en estos pacientes. Hasta el momento, no existe un consenso sobre las recomendaciones de profilaxis de ETEV en la ELA. Objetivo: analizar la prevalencia de ETEV y describir las características de los pacientes con ELA y ETEV en unidad multidisciplinar de ELA.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico, se revisaron 247 pacientes atendidos entre enero de 2022 y octubre de 2024. Se incluyeron los pacientes con TVP y/o TEP después del diagnóstico de la ELA. Las variables estudiadas al momento de la ETEV incluyeron antecedentes médicos, capacidad vital forzada (CVF), puntuación de la escala de valoración funcional de la ELA (ALSFRS-R), ventilación mecánica no invasiva (VMNI) o invasiva (VIV). Así mismo, la extensión de la TVP, estratificación de riesgo en TEP agudo y el índice de severidad del embolismo pulmonar simplificado (PESIs).

Resultados

De los 247 registros, 17 (6.8%) presentaron ETEV: 11 (64.7%) TEP, 3 (17.6%) TVP y 3 (17.6%) ambos. 11 (64.7%) eran hombres con media de edad 66 años, 12 (70.6%) fenotipo bulbar de la ELA. 11 (64.7%) tenían alguna afectación de la función bulbar, 16 (94.1%) limitación en la motricidad fina, 17 (100%) limitación en motricidad gruesa y 11 (64.7%) afectación de la función respiratoria medido por ALSFRS-R (tabla 1). De los 14 pacientes con TEP, 2 (14.2%) tenían una estratificación de alto riesgo, 4 (28.57%) intermedio-alto, 3 (21.4%) intermedio-bajo y 1 (7%) bajo. En 2 de los pacientes el TEP fue diagnosticado como hallazgo incidental durante el protocolo de donación en asistolia. Respecto a la TVP, 4 (66%) presentaban una afectación proximal. La media del tiempo para desarrollar ETEV desde el diagnóstico de ELA fue 1.1 años y se correlacionó con una mayor afectación funcional de miembros superiores e inferiores. Así como un PESIs más alto con mayor afectación bulbar (tabla 2).

Conclusiones

la ETEV en pacientes con ELA tiene una prevalencia más alta que en la población general y se correlaciona con la progresión de la enfermedad.

Tabla 1. Características basales de los pacientes con ELA y ETEV

	n = 17
Edad en años (media, SD)	65.8 (11.3)
Sexo, n (%)	
Hombres	11 (64.7)
Mujeres	6 (35.3)
Fenotipo ELA, n (%)	
Espinal	5 (29.4)
Bulbar	12 (70.6)
Inicio ELA, n (%)	
Esporádica	15 (88.2)
Familiar	2 (11.8)
ALSFRS-R (puntos)	
Bulbar (mediana, IQR)	10 (7-12)
Motor fino (media, SD)	5.7 (4.2)
Motor grueso (media, SD)	4.9 (3.2)
Respiratorio (mediana, IQR)	11 (7-12)
ALSFRS-R < 12 puntos, n (%)	
Bulbar	11 (64.7)
Motor fino	16 (94.1)
Motor grueso	17 (100)
Respiratorio	11 (64.7)
CVF% (media, SD)	68.7 (25.6)
Soporte ventilatorio	
VMNI	8 (47.1)
VIV	0
Ningún soporte	9 (52.9)
Antecedentes, n (%)	
Cardiovasculares	2 (11.8)
Cancer	3 (17.6)
Tabaquismo	5 (29.4)
Tratamiento hormonal	1 (5.9)
Ingreso hospitalario durante ETEV	2 (11.8)

(Continúa)

Tabla 1. Características basales de los pacientes con ELA y ETEV. (continuación)

	n = 17
Familiares ETEV	1 (5.88)
Personales ETEV	1 (5.88)
Síntomas ETEV, n (%)	
Disnea, dolor torácico o palpitaciones	12 (70.5)
Edema en extremidad, enrojecimiento o dolor	3 (17.6)
Asintomático/hallazgo incidental	2 (11.8)
Tiempo años para desarrollar ETEV (mediana, IQR)	
desde el diagnóstico ELA	1.1 (0.71-1.6)
desde el inicio de síntomas ELA	1.98 (1.63-3.2)
Manejo ETEV, n (%)	
Ambulante	3 (17.6)
Hospitalario	12 (70.6)
UCI	2 (11.8)
ETEV, n (%)	
TEP	11 (64.7)
TVP	3 (17.6)
Ambos	3 (17.6)
Riesgo de mortalidad TEP, n (%)	
Bajo	1 (7.1)
Intermedio-bajo	3 (21.4)
Intermedio alto	4 (28.6)
Alto	2 (14.3)
no registrado	4 (28.6)
PESIs (media, SD)	2 (1.34)
Extensión TVP proximal, n (%)	
Sí	4 (66.7)
No	2 (33.3)

ALSFRS-R: escala revisada de valoración funcional de la esclerosis lateral amiotrófica; CVF%: porcentaje del predicho capacidad vital forzada; ELA: esclerosis lateral amiotrófica; ETEV: enfermedad tromboembólica venosa; PESIs: índice de severidad del TEP simplificado; TEP: tromboembolismo pulmonar; TVP: trombosis venosa profunda; UCI: unidad de cuidados intensivos; VMNI: ventilación mecánica no invasiva; VIV: ventilación mecánica invasiva; n: número; %: porcentaje; IQR: rango intercuartílico.

Tabla 2. Análisis de correlación ALSFRS-R y variables ETEV

	ALSFRS-R			
	Bulbar	Motor fino	Motor grueso	Respiratorio
Tiempo años para ETEV				
desde diagnóstico ELA	0.12 (p = 0.63)	-0.58 (p = 0.01)	-0.55 (p = 0.01)	-0.33 (p = 0.18)
inicio de síntomas	0.30 (p = 0.23)	-0.42 (p = 0.08)	-0.44 (p = 0.07)	-0.23 (p = 0.36)
Escala de riesgo TEP	0.23 (p = 0.44)	-0.02 (p = 0.94)	-0.11 (p = 0.70)	-0.11 (p = 0.71)
PESIs	-0.70 (p = 0.01)	-0.21 (p = 0.53)	-0.13 (p = 0.68)	-0.23 (p = 0.49)

ALSFRS-R: escala revisada de valoración funcional de la esclerosis lateral amiotrófica; ELA: esclerosis lateral amiotrófica; ETEV: enfermedad tromboembólica venosa; PESIs: índice de severidad del TEP simplificado; TEP: tromboembolismo pulmonar; VMNI: ventilación mecánica no invasiva; p: valor de p.

85. Sepsis en unidad de cuidados respiratorios intermedios en Hospital Universitario de Getafe. Alejandro García García, Fernando García Prieto, Sonia Pascual García, Jorge Mora Pinilla, María Conejero Merchán, Araceli Abad Fernández. *Hospital Universitario de Getafe, Madrid., Madrid, España*

Introducción

La sepsis consiste en una respuesta desregulada a una infección, caracterizada por una cascada inflamatoria que puede causar disfunción orgánica y shock séptico si no se trata rápidamente. La terapia respiratoria de alta complejidad basada en terapia de alto flujo (TAF) y ventilación mecánica no invasiva (BIPAP) se han convertido en elementos esenciales.

El objetivo es identificar factores clínicos y biológicos que predicen el éxito/fracaso en pacientes con insuficiencia respiratoria secundaria a sepsis respiratoria tratados con soporte vital avanzado, así como la asociación entre la terapia aportada y el desenlace clínico.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes con sepsis de origen respiratorio ingresados en UCRI del HUG entre enero 2021-diciembre 2023. Se analizaron variables demográficas, clínicas y analíticas junto con los tratamientos administrados.

Los datos se obtuvieron de historias clínicas del servicio de Neumología, Radiodiagnóstico y Análisis Clínicos. Las variables cualitativas se presentaron con su distribución de frecuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas con media y desviación estándar(DE).

Se definió "Fracaso de terapia" como el grupo de pacientes que a pesar de la intervención terapéutica recibida, requirió ventilación mecánica invasiva (intubación orotraqueal) o falleció en su estancia hospitalaria.

Resultados

De los 47 pacientes estudiados, 31 (66%) fueron varones. Edad media de 71 años. Tabaquismo el 72% (activos 15, exfumadores 19). Factores de riesgo cardiovascular: HTA 42,66% (20), Dislipemia 40,4% (19), DM 19% (9). Enfermedades respiratorias previas: EPOC en 20 pacientes (42,6%), bronquiectasias 6 (13%) y un asmático. La presencia de neoplasia activa en 7 pacientes (42% estadio IV). Los parámetros de laboratorio al ingreso se recogen en la tabla 1. Las características clínicas y su desenlace en la tabla 2.

El 83% de los pacientes recibió terapia respiratoria de alta complejidad: el 46,8% TAF, el 12,7% TAF combinado con Bipap, el 4,26% TAF alternando CPAP, el 19,15% Bipap y 17% gafas nasales.

Tabla 1. Parámetros de laboratorio obtenidos al ingreso

Variable	Casos (n)	Promedio	Desviación estándar	Mediana
PCR (mg/dl)	47	223,43	137,99	244
Procalcitonina (ng/ml)	44	18,29	53,26	2,8
Leucocitos (u/μL)	47	16.935,55	12375,95	14000
Neutrófilos (u/μL)	47	14.023,83	10212,46	11000
Creatinina (mg/dl)	47	64,68	394,73	1,29
INR	46	1,39	1,41	1,07
Actividad protrombina (%)	46	72,22	24,81	77,50
GPT (U/L)	6	63	92,74	29
P02 al ingreso (mmHg)	45	63,09	16,75	60
PCO2 al ingreso (mmHg)	47	40,68	10,73	38
Ph al ingreso	47	7,38	0,08	7,39
Lactato (mmol/L)	47	2,33	1,7	1,79
Bicarbonato (mmHg)	47	24,02	4,88	24

Tabla 2. Características clínicas y relación con fracaso de terapia

Variable	Fracaso de terapia		
	No	Si	p-valor
Sexo			0,763
Varón (n = 31)	16	15	
Mujer (n = 16)	9	7	
Tabaquismo	11	4	0,1
Hipertensión	10	10	0,706
Dislipemia	8	11	0,21
Diabetes Mellitus	3	6	0,27
EPOC	12	8	0,421
Cáncer activo	3	6	0,27
Bronquiectasias	4	2	0,67
Asma	1	0	1
Enfermedad cardiovascular	5	5	1
Enfermedad cerebrovascular	2	5	0,228
Enfermedad hepática	1	0	1
Microorganismo multirresistentes	3	0	0,237
Infección adquirida en la comunidad	23	21	1
Infección nosocomial	2	1	1
Patógeno identificado en sepsis	15	10	0,319
Antibioterapia de alto espectro	16	18	0,173
Inmunosupresión	3	6	0,27
Tipo de inmunosupresión			No aplica
Tumor sólido (n = 7)	2	5	
Hematológico (n = 1)	1	0	
Farmacológico (n = 1)	0	1	
FINE			No aplica
FINE III (n = 8)	5	3	
FINE IV (n = 31)	15	16	
FINE V (n = 5)	3	2	
Insuficiencia cardíaca asociada	5	7	0,354
Estadio cáncer			No aplica
Estadio I (n = 2)	1	1	
Estadio III (n = 2)	1	1	
Estadio IV (n = 3)	0	3	

El fracaso terapéutico se asoció significativamente con niveles elevados de procalcitonina ($p = 0.046$). La mortalidad se correlacionó con una PaO₂/FiO₂ baja al ingreso ($p = 0.052$) y el uso de drogas vasoactivas incrementó el riesgo de intubación o muerte ($p = 0.007$) Tabla 3.

Conclusiones

Las UCRI gozan de un importante papel en el manejo de pacientes sépticos ofreciendo la posibilidad de monitorización estrecha y manejo de una enfermedad con gran impacto poblacional. Se necesitan más estudios acerca de las diferentes terapias respiratorias así como factores que se relacionen con el fracaso terapéutico.

Tabla 3. Valores clínico-analíticos, tratamiento y su relación con el “fracaso de la terapia”

Variable	Fracaso de terapia		
	No	Si	p-valor
	Promedio	Promedio	
PCR	271,8	168,4	0,009
Procalcitonina	4,3	1,6	0,046
Leucocitos	16000	11945	0,388
Neutrófilos	14000	8410	0,462
Creatinina	1,1	1,6	0,141
INR	1,1	1	0,342
Actividda protrombina	79	77	0,982
GPT	134,5	27,5	0,355
PO2 al ingreso	60	60	0,9
PCO2 al ingreso	42,2	38,9	38,9
PH al ingreso	7,4	7,4	7,4
Bicarbonato (mmol/l)	25	22	0,077
FC al ingreso (latidos/min)	110,1	109,3	0,925
TAS (mmHg)	114	104	0,716
TAD (mmHg)	61,9	60,6	0,774
Saturación al ingreso (%)	88	90	0,478
Frecuencia respiratoria (resp/min)	26,3	24	0,308
SAFI al ingreso	173	107	0,052
PAFI al ingreso	117,5	95,5	0,086
I.ROX	10	6,9	0,112
	No(n)	Si(n)	
Corticosteroides	17	18	0,278
Terapia renal sustitutiva	0	1	0,468
Drogas vasoactivas	0	6	0,007
Soporte			No aplica
TAF (n=22)	8	14	
TAF+VMNI (n=6)	3	3	
TAF+CPAP (n=2)	1	1	
VMNI BIPAP (n=9)	6	3	
Gafas nasales (n=8)	7	1	

90. Evaluación de las adaptaciones a tosedor en pacientes neuromusculares en el Hospital Universitario de Getafe. Sonia Pascual García¹, Jose María Díaz García^{2,3}, Jorge Mora Pinilla¹, Alejandro García García¹, Cristina López Riobos¹, Araceli Abad Fernández^{2,3}. ¹Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España, ²Servicio de Neumología. Unidad de VMNI domiciliaria. Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España, ³Universidad Europea de Madrid. Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud, Madrid, España

Introducción

El tosedor es un dispositivo que resulta útil para el aclaramiento de secreciones en enfermos con debilidad de la musculatura implicada en el mecanismo de la tos. El objetivo de este estudio es describir el perfil de enfermo que ha requerido adaptación, así como valorar efectividad y seguridad del dispositivo en nuestros pacientes.

Material y métodos

Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes a los que se les inició tosedor desde 2016 hasta 2024. Los datos, analizados mediante SPSS, se presentan como media y desviación estándar. Titulación de parámetros realizada hasta conseguir el máximo pico flujo de tos que produjera movilización de secreciones hasta boca o cánula de traqueostomía con confort del paciente. Media anual de ingresos calculada mediante revisión de historias clínicas.

Resultados

Se inició tosedor en 54 pacientes. Las enfermedades que motivaron la prescripción se encuentra en la tabla 1. Las características clínicas, comorbilidades y función pulmonar de estos pacientes se muestran en la tabla 2. El pico flujo de tos previo al inicio del tosedor fue 129 ± 59 L/min. El medio con el tosedor fue 224 ± 66 L/min. El 78% (42) usaban soporte ventilatorio en modo BIPAP con IPAP 17(± 3), EPAP 6.5(± 1.4), FR 14rpm(± 1), T.ins 0.3-1.3s (± 0.1-0.2). Respecto al lugar de inicio, en el 60%(32) fue en consultas de ventilación, 18% (10) en hospitalización convencional, 13% (7) en UCI y 9% (5) en UCRI. En relación con los parámetros del tosedor,

Tabla 1. Enfermedad de base que motivó el inicio del tosedor

DIAGNÓSTICO	n, (%)
Debilidad Adquirida en la UCI (DACI)	11 (20%)
Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)	11 (20%)
Distrofia Miotónica de Steinert	8 (14%)
Lesión Medular Neonatal	3 (5%)
Esclerosis Múltiple	3 (5%)
Paraparesia Espástica Familiar	2 (4%)
Distrofia de Becker	2 (4%)
Parálisis Frénica Bilateral	1 (2%)
Atrofia Multisistémica	1 (2%)
Síndrome de Rett	1 (2%)
Enfermedad de Gaucher	1 (2%)
Miopatía por Pembrolizumab	1 (2%)
Miopatía congénita por mutación en gen RYR1	1 (2%)
Enfermedad de Charcot-Marie-Tooth	1 (2%)
Distrofia Muscular Miotónica tipo II	1 (2%)
Distrofia facio-escapulo-humeral	1 (2%)
Atrofia Muscular Espinal tipo II (AME)	1 (2%)
Siringomielia	1 (2%)
Mutación en Gen TPM2	1 (2%)
Poliomielitis	1 (2%)
Polineuropatía secundaria a síndrome de aceite tóxico	1 (2%)

Tabla 2. Características clínicas y comorbilidades

SEXO	27 varones (50%)
EDAD	59 ± 17
IMC	24,7 ± 6,2
HISTORIA PREVIA TABAQUISMO	16 (29%) Índice Paquetes Año (IPA): 25 ± 14
APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS)	26 (48%) IAH 29 ± 21 ODI 32.2 ± 23.2 Saturación promedio 89% ± 3.3 CT90 59.4% ± 41.8 CT85 17.4% ± 23.6
COMORBILIDADES	Diabetes Mellitus: 11 (20%) Hipertensión Arterial: 20 (37%) Fibrilación Auricular: 7 (13%) Asma: 6 (11%) Cardiopatía Isquémica: 6 (11%) Insuficiencia Cardíaca: 3 (5%) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: 2 (4%) Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa: 1 (2%) Hipertensión Pulmonar: 5 (9%) Bronquiectasias: 2 (4%)
EXPLORACIÓN FUNCIONAL	FVC: 55% ± 20 FEV1: 54% ± 21 R: 76% ± 12 PIM: 44% ± 27 PEM: 28% ± 16
OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA	19 (35%) 2 ± 1.5 L/min
TRAQUEOSTOMÍA	11 (20%)

IAH: índice de apneas e hipopneas; ODI: índice de desaturación de oxígeno; FVC: Capacidad Vital Forzada; FEV1: Volumen Espiratorio Forzado en un segundo; R: Relación FEV1/FVC; PIM: Presión Inspiratoria Máxima; PEM: Presión Espiratoria Máxima.

los valores titulados fueron presión inspiratoria + 34 (± 10), presión espiratoria -45(± 8), pausa 2.1 s (± 0.7), tiempo inspiratorio 2.2s (± 0.5) y tiempo espiratorio 1.7s(± 0.3). Media anual de ingresos registrados por complicaciones relacionadas con mal manejo de secreciones (neumonía o atelectasia) antes del tosedor de 2 (± 1), y tras él fue de 1 (± 1). Se objetivaron efectos adversos en 5 pacientes (10%): 2 (4%) cierre glótico, 1 (2%) neumotórax, 1 (2%) distensión abdominal y 1 (2%) bradicardia. El dispositivo fue retirado en el 59% (32) de los casos, siendo el éxitus el motivo en 23 (41%), 4 (8%) por mejoría de la situación clínica, 4 (8%) por rechazo del paciente y 1 (2%) por cierre glótico persistente a pesar de titulación de parámetros.

Conclusiones

El tosedor resulta una herramienta útil y segura para el drenaje de secreciones en pacientes neuromusculares, tanto de forma crónica como en situaciones agudas. La adaptación se ha realizado titulando parámetros, favoreciendo así su efectividad, confort y vigilando la aparición de posibles efectos adversos.

118. Influencia del abordaje de la Apnea Obstructiva del Sueño en el control de la Hipertensión Arterial sistémica en la comunidad de madrid: proyecto METASLEEP. Cristiano Van Zeller¹, Laura Pozuelo Sánchez¹, Silvia López Muñoz², Lourdes Botanes Peñafiel³, Irene Cano Pumarega⁴, Ferran-Eduard Barbe Illa⁵. ¹Hospital Universitario Ramón y Cajal., Madrid, España, ²Centro de Salud García Noblejas, Madrid, España, ³Centro de Salud Alpes, Madrid, España, ⁴Unidad Funcional de Sueño y Epilepsia. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS). Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Madrid, España, ⁵Grupo de Investigación Translacional en Medicina Respiratoria, IRBLLeida, Hospital Universitario Arnau de Vilanova y Santa Maria, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Lleida, España

Introducción

La Apnea Obstructiva del Sueño (AOS) se presenta en un porcentaje importante de los pacientes con Hipertensión Arterial (HTA). El proyecto METASLEEP tiene como finalidad poder implantar un modelo de gestión eficaz y más personalizado en el tratamiento de la AOS. Un componente clave de este modelo es el desarrollo de nodos de comunicación y trabajo conjunto entre los profesionales de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE), facilitando así una atención integral al paciente.

Material y métodos

Estudio de cohorte prospectivo nacional que incluye a pacientes con diagnóstico de HTA. En la Comunidad de Madrid están incluidos dos centros de AP. El criterio de seguimiento se establece mediante la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) durante un período de 24 horas. A los participantes que presentan hipertensión nocturna o patrón non-dipper

en el MAPA se realiza una completa recogida de datos, que incluye poligrafía respiratoria (PR) con dispositivo WatchPat, datos clínicos (cuestionarios psicómétricos y valores antropométricos) y muestras biológicas (sangre, orina y heces). La terapia con presión positiva y telemonitorización se inicia tras la PR en los pacientes que lo necesiten según la práctica clínica habitual.

Resultados

El presente estudio lleva reclutados a 85 pacientes con diagnóstico de HTA en la Comunidad de Madrid (47,2% hombres, media de edad 61.2 ± 11.4 años). Es una cohorte con un bajo nivel socioeconómico, con un 77.4% con ingresos brutos anuales de menos de 30,000€ y 41.9% sin estudios secundarios o universitarios. 48 pacientes (56,5%) presentan HTA nocturna: 25 (52,1%) con patrón non-dipper e hipertensión nocturna, 6 (12,5%) solo patrón non-dipper y 17 (35,4%) solo hipertensión nocturna.

La prevalencia de AOS en estos pacientes es de 95.8%, superior a la observada en la cohorte nacional de 87.2%. 54.2% tiene AOS grave, 25% moderada, 16.7% leve y 4.2% no presentaba AOS. 65,4% de los pacientes con patrón non-dipper presentó AOS grave (Índice Apnea-Hipopnea de ≥ 30/h).

La somnolencia diurna media, medida con el test de Epworth, fue de 6.32 puntos. En cuanto al tratamiento con CPAP en pacientes con AOS, el 60.9% (n = 28) inició la terapia con telemonitorización. La adherencia media es de 5.44 horas/noche y 75% de los pacientes tienen una adherencia media superior a 4 horas. La tasa de abandono es del 14.3%.

Conclusiones

El proyecto METASLEEP en el área 4 (zona de San Blas) de la Comunidad de Madrid revela una población de bajo nivel socioeconómico con una muy alta prevalencia de hipertensión nocturna, patrón non-dipper y AOS en pacientes con HTA. La adherencia al tratamiento mediante seguimiento con telemonitorización ha sido elevada en esta cohorte de pacientes asintomáticos. La alta correlación observada entre patrón non-dipper e IAH ≥ 30/h recalca la importancia de integrar el diagnóstico y tratamiento de la AOS en el manejo de la HTA, lo que podría mejorar el control y reducir el riesgo cardiovascular en el ámbito de atención primaria.

Tablas.

Característica	Hombres (n = 40)	Mujeres (n = 45)	n	%
Sexo	47.2%	52.8%		
Hipertensión Nocturna o patrón non dipper			48	56.5
Subtipos: Patrón Non-dipper con Hipertensión Nocturna			25	52.1
Subtipos: Solo Patrón Non-dipper			6	12.5
Subtipos: Solo Hipertensión Nocturna			17	35.4
Apnea Obstructiva del Sueño (AOS)				
Prevalencia Total de AOS			46	95.8
Severidad: Grave (IAH ≥ 30/h)			26	54.2
Severidad: Moderada (IAH 15-29/h)			12	25
Severidad: Leve (IAH 5-14/h)			8	16.7
Sin diagnóstico de AOS			2	4.2
Tratamiento con CPAP (en pacientes con AOS, n = 46)				
Inicio de CPAP			28	60.9
Adherencia > 4 horas (de los que usan CPAP)			21	75
Tasa de Abandono (de los que iniciaron CPAP)			4	14.3
Asociación Patrón Non-dipper y AOS Grave (IAH ≥ 30/h)				65.4
Somnolencia Diurna (Puntuación media Test de Epworth)				6.32
Adherencia Media a CPAP (horas/noche)				5.44

136. Prevalencia y evolución clínica de pacientes oncológicos que precisan soporte respiratorio no invasivo en una unidad de cuidados respiratorios intermedios (UCRI). Cindy Stephania Aponte Guevara, María Longás Ouzzine, María Antonia Gómez Mendieta, Ana María Santiago Recuerda, Yolanda Martínez Abad, María Martínez Redondo. *Departamento de Neumología, Hospital Universitario La Paz, Universidad Autónoma de Madrid, IdiPAZ, y CIBER de Enfermedades Respiratorias CIBERES, Madrid, España*

Introducción

El soporte respiratorio no invasivo (SRNI) comprende dos modalidades de tratamiento, la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y la terapia de alto flujo con cánula nasal (TAFCN). Pocos estudios reflejan el curso clínico de pacientes oncológicos con insuficiencia respiratoria que requieren SRNI. La insuficiencia respiratoria (IR) es una complicación frecuente en pacientes oncológicos. El objetivo de nuestro trabajo ha sido analizar la prevalencia de pacientes oncológicos ingresados en la UCRI que requirieron SRNI, características clínicas y mortalidad.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, observacional en una cohorte de pacientes oncológicos ingresados por insuficiencia respiratoria en la UCRI de un hospital de tercer nivel con tratamiento oncoespecífico entre enero 2023 y noviembre de 2024. Se excluyeron los pacientes sin diagnóstico histológico o sin tratamiento oncoespecífico.

Resultados

Durante el periodo de estudio ingresaron en UCRI 450 pacientes, de los cuales 21 eran oncológicos. Se incluyeron 11 enfermos que cumplían los criterios de inclusión (2,4%). 54,5% eran hombres. La edad media fue de 67 ± 7,4 años. La media del Índice de Barthel fue de 95 ± 10,7, PPS (Paliative performance scale) 66 ± 24, 8 pacientes tenían un ECOG 0-1 (72%). La media de índice de Charlson fue 7,36 ± 4,6. La comorbilidad respiratoria, tipo de cáncer y tratamiento oncoespecífico se detalla en la tabla 1. Las causas de insuficiencia respiratoria fueron: 5 (45,5%) tenían neumonía, 4 (36,4%) sospecha neumonitis por toxicidad, 1 (9,1%) tromboembolismo pulmonar agudo, y 1 (9,1%) insuficiencia cardiaca. La PAFI media al ingreso fue de 167,4 ± 103,7 (mediana 147). Cuatro pacientes eran subsidiarios de ingreso en UCI y sólo uno de ellos precisó cuidados intensivos. 6 pacientes (54,5%) presentaban disnea grave al inicio del tratamiento (según escala

Tabla 1. Terapias respiratorias no invasivas y evolución

Paciente	Edad años	Tipo tumor	TAFCN inicio	TAFCN pico	VMNIV IPAP/EPAP FiO2 %	Días ingreso	Éxito
1	65	Ca Pulmón	40L/60%	40L/80%	No	30 días	No
2	59	Ca Mama	60L/80%	80L/100%	No	24 días	No
3	63	Ca pulmón	No	No	20/12 80%	3 días	Si
4	55	Ca pulmón	60L/80%	65/100%	No	4 días	Si
5	74	Ca Pulmón	50L/70%	70/100%	No	7 días	Si
6	76	Ca Pulmón	60/67%	60/90%	No	7 días	No
7	70	Ca Mama	No	No	20/8 70%	7 días	No
8	69	Ca pulmón	40/70%	65/85%	12/7 35%	17 días	No
9	69	Ca pulmón	40/80%	60/90%	No	4 días	No
10	80	Ca gástrico	40/50%	50/75%	22/9 70%	3 días	Si
11	64	Otros	50/65%	50/70%	No	7 días	No

CA (Cáncer), TAFCN (Oxigenoterapia de alto flujo a través de cánula nasal), VMNIV (Ventilación mecánica no invasiva), IPAP (presión positiva inspiratoria), EPAP (presión positiva espiratoria), FiO2 (fracción de oxígeno inspirado), L (litros).

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes oncológicos ingresados

Características clínicas	n (%)
Comorbilidad	
EPOC	3 (60%)
FPI	1 (20%)
AOS	1 (20%)
Tipo de Cáncer	
Pulmón	7 (63,65%)
Mama	2 (18,2%)
Gástrico	1 (9,1%)
Otros	1 (9,1%)
Metástasis	5 (45,5%)
Tratamiento oncoespecífico	
QT	6 (54,5%)
IM	3 (27,3%)
QT+IM	1 (9,1%)
HT	1 (9,1%)

EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica), FPI (Fibrosis pulmonar idiopática), AOS (Apnea obstructiva del sueño), QT (Quimioterapia), IM (Inmunoterapia), HT (Hormonoterapia).

numérica, Edmonton symptom assessment system (ESAS). Todos los pacientes recibieron TAFCN y 4 pacientes también VMNIV (tabla 2). 5 pacientes (45%) fallecieron durante el ingreso, requiriendo sedación paliativa 4, siendo la causa más frecuente la disnea y el delirium. Los 6 pacientes dados de alta de UCRI sobrevivieron más de un mes.

Conclusiones

La prevalencia de pacientes oncológicos en la UCRI es baja. El perfil de paciente oncológico más frecuente es el cáncer de pulmón. La mitad de los casos tenían comorbilidad respiratoria y la mayoría buena situación funcional. La mortalidad durante el ingreso en UCRI se produjo en casi la mitad de los pacientes.

140. Manejo de pacientes en tratamiento con pitolisant en una unidad de sueño especializada. Jorge Mora Pinilla, Cristina López Riobos, Sonia García Pascual, Alejandro García García, Waail Boubekri, Araceli Abad Fernández. *Hospital Universitario de Getafe, Madrid., Getafe, España*

Introducción

El pitolisant es un fármaco agonista inverso del receptor de la histamina. A diferencia de los estimulantes tradicionales, no actúa sobre los receptores dopaminérgicos, lo que reduce su potencial adictivo y mejora el perfil de seguridad sobre todo a nivel cardiovascular.

Además de la acción ya conocida en enfermedades como la narcolepsia, en los últimos años se ha visto su eficacia en pacientes con Apnea obstructiva del sueño (AOS) que a pesar de buen cumplimiento del tratamiento con CPAP (presión positiva continua en la vía respiratoria) o APAP (presión positiva autoajustable de las vías respiratorias) persiste excesiva somnolencia diurna.

El objetivo de este trabajo es analizar las variables epidemiológicas, evolución, eficacia y seguridad de pacientes que están siendo tratados con pitolisant en la unidad de sueño del Hospital universitario de Getafe.

Material y métodos

Se trata de un estudio retrospectivo observacional y descriptivo de todos los pacientes que recibieron tratamiento con pitolisant desde octubre de 2020 hasta diciembre de 2024. Utilizando el cuestionario de Epworth pre y post tratamiento con pitolisant se midió la variable de somnolencia diurna residual.

Resultados

Se incluyeron 11 pacientes, 9 hombres, con una media de edad de 54 ± 20 años, media de índice de masa corporal $31 \pm 6,17$ Kg/m². El tratamiento con Pitolisant (en presentación de Wakis©) fue indicada en 6 pacientes con una dosis entre 4,5 y 36 mg (3 de ellos en dosis plenas de 36 mg) y 5 pacientes en presentación de Ozawade© con dosis entre 4,5 y 18 mg. La mediana del índice Apnea-hipopnea (IAH) fue 18 (100-3), se indicó CPAP o APAP en 6 y 3 pacientes respectivamente, con ajuste de presiones por APAP/telemonitorización en todos ellos. Uso medio de CPAP de $7,66 \pm 1,22$ horas, presiones medias de CPAP de $7,75 \pm 1,4$ cmH2O y en APAP valores medios entre 13-5 cmH2O, con una media IAH residual $1 \pm 0,8$. El Epworth pre tratamiento fue $19 \pm 3,96$ y post tratamiento de $12 \pm 5,21$ con una mediana de seguimiento de 1,63 (0,42-4) años. Se retiró el tratamiento en 2 de ellos (uno por insomnio y otro por deseo del paciente). Ninguno de los pacientes presentó evento cardiovascular tras inicio de tratamiento.

Conclusiones

Los pacientes en tratamiento con pitolisant redujeron los síntomas de excesiva somnolencia diurna. No se observaron efectos secundarios cardiovascularmente destacables durante la toma de pitolisant.

156. Análisis de supervivencia en pacientes trasladados de la UCI a la UCRI.

Alejandro Moreno Segura, Raúl Moreno Zabaleta, Rosa López De Sagredo Paredes, Milangela Esther Rodríguez Valdivieso, Manuel Rocamora Marhuenda, María Teresa Ramírez Prieto. *Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid., San Sebastián De Los Reyes., España*

Introducción

Las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) se han consolidado como una opción para pacientes con alta complejidad que requieren monitorización continua y soporte ventilatorio, sin necesidad de permanecer en la UCI. Este estudio analiza la supervivencia de pacientes trasladados desde la UCI a la UCRI, identificando factores pronósticos que influyen en su evolución con el objetivo de determinar la supervivencia a largo plazo.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional y retrospectivo entre mayo 2009 y abril 2019, e incluyó inicialmente a 249 pacientes ingresados en la UCRI tras ser dados de alta de la UCI. Se estudiaron variables demográficas (edad y sexo) y clínicas, como comorbilidades (DM, HTA, obesidad, EPOC, insuficiencia renal, cardiopatía, cáncer, patología psiquiátrica) y necesidad de ventilación (VMNI/VMi/traqueostomía). La supervivencia se analizó mediante el método de Kaplan-Meier, comparando grupos con el test Log-Rank para identificar diferencias significativas.

Años	Porcentaje de supervivencia
1	76%
3	66%
5	55%
10	30%

Resultados

El 59,44% de los pacientes eran hombres (148), con una edad media de 77,81 años. La mediana de supervivencia fue de 73 meses. La tabla 1 muestra la supervivencia a diferentes puntos de seguimiento. La figura 1 muestra la gráfica de supervivencia. Se observaron diferencias significativas por sexo (0.090), edad (< 0.001), obesidad (0.050), comorbilidad (0.055) y EPOC (< 0.001). La tabla 2 muestra las diferencias de supervivencia de las distintas variables.

Conclusiones

La supervivencia de los pacientes trasladados de la UCI a la UCRI se encuentra influenciada por factores como la edad avanzada, la hipertensión o la obesidad, que reducen significativamente el pronóstico. Las comorbilidades respiratorias como el EPOC también se asocian con un peor desenlace. Esto resalta la importancia de un seguimiento personalizado y cercano a este tipo de pacientes.

La tabla 1 muestra el porcentaje de vivos a los 10 años de seguimiento.

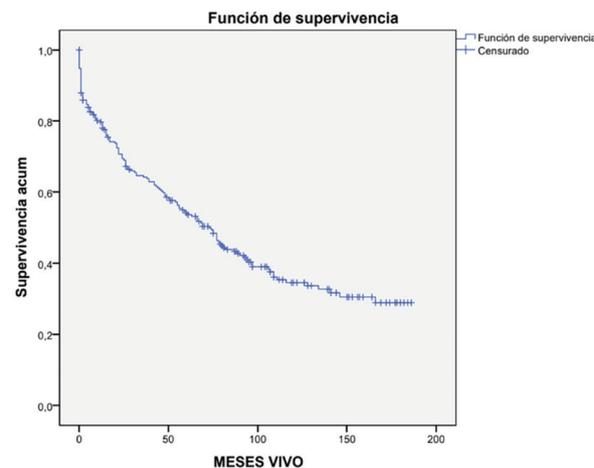


Figura 1. Muestra la gráfica de supervivencia.

Tabla 2. Muestra la mediana de supervivencia en meses según distintas variables estudiadas

Variable	Media supervivencia meses (IC 95%)	Pacientes (n)	Porcentaje de fallecidos en el momento actual de cada variable (%)	p
Sexo: Hombres	77.81 (65.28–90.33)	148	55.6%	0.090
Sexo: Mujeres	100.51 (85.82–115.21)	101	44.4%	-
Edad < Mediana	129.03 (115.45–142.62)	121	50.4%	< 0.001
HTA	87.45 (70.95–103.95)	76	56.3%	0.005
DM	75.28 (52.58–97.98)	41	30.4%	0.004
EPOC	81.48 (65.40–97.56)	78	57.8%	< 0.001
Obesidad	51.00 (38.20–63.80)	96	46.9%	0.050
Insuficiencia renal	69.50 (54.10–84.90)	88	44.8%	0.060
Conectivopatía	79.60 (63.80–95.40)	91	41.4%	0.040
Úlcera	55.80 (42.10–69.50)	94	44.3%	0.045
Comorbilidades	62.20 (47.40–77.00)	91	43.2%	0.055
VMNI	97.24 (83.80–110.69)	123	91.1%	0.008
Ventilación mecánica invasiva (VMI)	100.60 (86.18–115.02)	109	80.7%	0.41
Traqueostomía: Sí	66.50 (52.00–81.00)	95	43.8%	0.048
Ingreso prolongado: Sí	135.00 (121.00–149.00)	109	37.2%	0.049

157. Fenotipos en apnea del sueño. Un nuevo abordaje. Mateo Hevia Menendez, Alberto Amorós Forner, María González González, Jesus González Rubio, Pedro Landete Rodríguez, Elena Ávalos Pérez-Urria. *Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España*

Introducción

La apnea obstructiva del sueño es una de las patologías más prevalente dentro de las enfermedades respiratorias. Últimamente se está apostando por caracterizar más a los pacientes y agruparlos en distintos fenotipos, de cara a optimizar su manejo terapéutico. El objetivo de nuestro estudio fue describir según fenotipos a una cohorte de pacientes diagnosticados de AOS y comprobar la respuesta y adherencia de estos al tratamiento, así como la incidencia de eventos cardiovasculares en el seguimiento.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo de 130 pacientes en seguimiento en la Unidad de Sueño del Hospital Universitario de La Princesa. Analizamos datos demográficos, IMC, hábito tabáquico, incluimos también datos sobre Epworth, comorbilidades medidas mediante la escala de Charlson, así como eventos cardiovasculares previos e incidentes.

Resultados

La edad media de los pacientes analizados fue de 60.54 años. El IMC medio fue de 29.71. Un 46% de los pacientes nunca habían fumado. El Epworth promedio fue de 8.39. Un 20% tenía un AOS leve, un 34% un AOS moderado y un 56% un AOS grave. Se inició CPAP por parte del 77% de los pacientes.

En cuanto a los subgrupos, fueron divididos en:

4 pacientes con AOS e insomnio; 28 pacientes con AOS e hipersomnolencia diurna medida por Epworth > 10; 40 pacientes jóvenes (< 65 años) sin hipersomnolencia y 25 pacientes mayores sin hipersomnolencia.

El índice de Charlson destaca una mayor carga de comorbilidad en el grupo de mayores de 65 años sin HSD.

Observamos una tasa de adherencia (definida por un uso mayor de 4 horas diarias y más de 5 días a la semana) mayor en aquellos con AOS e hipersomnolencia diurna. Objetivamos también una mayor tolerancia y menos somnolencia residual en los pacientes más jóvenes y con menor carga de comorbilidades.

Se realizó así mismo un mapa de calor para analizar qué factores se relacionan con el IAH y con la adherencia a CPAP que se adjunta en la imagen 1.

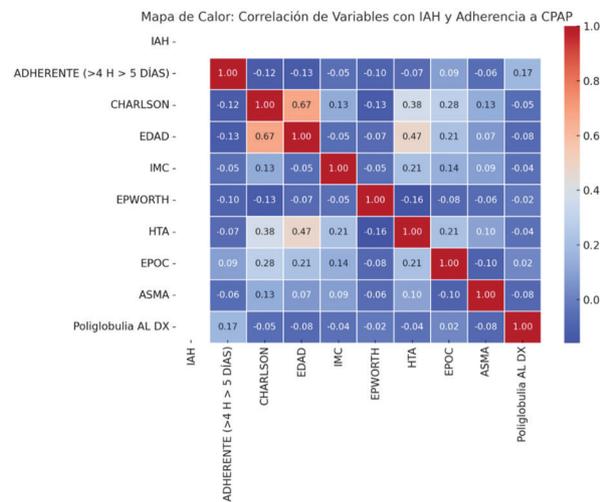


Imagen 1

Conclusiones

- Los pacientes mayores de 65 años y AOS presentan mayor carga de comorbilidades.
- La adherencia a CPAP es mejor en aquellos pacientes con mayor somnolencia diurna y en aquellos mayores de 65 años y AOS.
- Es necesario considerar la edad y las comorbilidades a la hora de diseñar planes de tratamiento para el AOS.

180. Caracterización de ventiladores no invasivos y la respuesta de presurización según el tipo de fuga: estudio de banco. Juan Pablo Utrilla Marchand¹, Daniel López-Padilla¹, Luis Asencio Monteagudo², Alicia Cerezo Lajas¹, Elena Ojeda Castillejo¹, Soledad López Martín¹. ¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid., Madrid, España, ²Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz, España

Introducción

A igualdad de parámetros, los ventiladores mecánicos generan un producto tiempo-presión (PTP) distintos según el fabricante. Esta característica no se ha estudiado previamente en condiciones de fugas lineales o inspiratorias, un escenario más coherente con la vida real. El objetivo fue la caracterización de 18 respiradores domiciliarios y 2 hospitalarios en cuanto al PTP durante los primeros 300 msegundos (PTP300) y su pendiente de presurización bajo tres tipos de fugas.

Material y métodos

Estudio de banco realizado con simulador QuickLung Breather®, programado a 50 ml/cmH2O de compliancia y 5 cmH2O/L/s de resistencia. Además, un volumen corriente de 500 mL, frecuencia respiratoria de 15 rpm y tiempo inspiratorio del 30-40%. Se emplearon una tubuladura de 1,5 metros de largo (Intersurgical®), una fuga pasiva Swivel tipo II (Philips®) y un filtro antivirico/antibacteriano de 36 mL de espacio muerto (Covidien®). El circuito fue calibrado previo al banco en los ventiladores que lo permitían. Los ventiladores se programaron a una IPAP de 15 cmH2O, EPAP 5 cmH2O, rampa más rápida posible, frecuencia de respaldo de 10 rpm, y triggers inspiratorio y espiratorio lo más ajustado posible para evitar el autociclado o esfuerzo ineficaz. La fuga lineal fue recreada con una conexión de oxígeno (Intersurgical®) abierta y la fuga inspiratoria con una válvula de PEEP (StarMed®) abierta hasta el momento en que se generaba una fuga inspiratoria. El registro de la señal de presión se realizó con un polígrafo T3s (Nox®) con la señal de presión cruda, y el análisis del PTP300 y pendiente se realizó con el programa Labchart®. Se empleó la t de student de medidas apareadas.

Resultados

Los ventiladores con el mayor PTP300 en condiciones de fuga estable fueron V60 (2,56 cmH2O*s), PrismaVent 50-C (2,50 cmH2O*s) y Stellar 150 (2,48 cmH2O*s); por contraparte, los de menor PTP300 fueron YH-725 (1,50 cmH2O*s), DreamStation (1,59 cmH2O*s) y DuoST (1,64 cmH2O*s). El valor teórico ideal es de 3 cmH2O*s. En condiciones de fuga lineal 17 respiradores redujeron su PTP300 de forma significativa, dos de ellos no presentaron cambios y uno de ellos lo aumentó. La respuesta a la fuga inspiratoria fue errática, con un rango de PTP porcentual proporcional desde -18% hasta el +12,7% entre el distintos modelos. Estos resultados se resumen en la Tabla 1 y Gráfico 1. No se encontró correlación entre el PTP300 y la pendiente; los resultados de esta última se presentan en el Gráfico 2.

Conclusiones

Los ventiladores evaluados mostraron diferencias significativas tanto en el PTP300 como en la pendiente de presurización, lo que posiblemente influya en su capacidad de respuesta ante pacientes con demandas ventilatorias elevadas, máxime en escenario de fugas. No parece existir una correlación entre el PTP300 y la pendiente, de tal manera que el ventilador óptimo debería tener un balance razonable entre ambas características. Estos resultados idealmente deberían contrastarse en escenario clínico.

Tabla 1. Producto tiempo-presión en los primeros 300 milisegundos (PTP300) de respiradores no invasivos en condiciones de fuga pasiva estable, fuga lineal inspiratoria y espiratoria, y fuga inspiratoria. *p < 0,0,5

Respirador	PTP300 fuga estable	PTPT Fuga lineal	PTP fuga inspiratoria	Diferencia proporcional PTP estable – fuga lineal	Diferencia proporcional PTP estable – fuga inspiratoria
VIVO1 ® (Breas)	1,72	1,58	1,47	-8,1%*	-14,5%*
VIVO2 ® (Breas)	1,72	1,58	1,47	-8,1%*	-14,5%*
VIVO3 ® (Breas)	1,69	1,55	1,41	-8,3%*	-16,6%*
VIVO50 ® (Breas)	2,33	2,28	1,91	-2,1%	-18,0%*
VIVO55 ® (Breas)	2,43	2,28	2,00	-6,2%*	-17,7%*
VIVO45 ® (Breas)	2,28	2,28	1,98	0%	-13,1%*
VIVO45 LS ® (Breas)	2,33	2,30	1,95	-1,3%	-16,3%*
Lumis 150 ® (Resmed)	2,19	1,97	2,02	-10,0%*	-7,8%*
Stellar 150 ® (Resmed)	2,48	2,41	2,51	-2,8%	+1,2%
Astral 150 ® (Resmed)	2,35	2,29	2,21	-2,6%	-6,0%*
Vendom 40 ® (Air Liquide)	2,06	1,94	2,04	-5,8%*	-1,0%
Eove 150 ® (Air Liquide)	2,43	2,44	2,33	+0,4%	-4,1%
DreamStation ® (Philips)	1,59	1,41	1,56	-11,3%*	-1,9%
Trilogy 100 ® (Philips)	1,70	1,59	1,69	-6,5%*	-0,6%
Trilogy EVO ® (Philips)	2,29	2,25	2,24	-1,7%	-2,2%
Trilogy EV300 ® (Philips)	2,26	2,23	2,18	-1,3%	-3,5%*
V60 ® (Philips)	2,56	2,48	2,45	-3,1%	-4,3%*
YH-725 ® (Yuwell)	1,50	1,46	1,69	-2,7%	+12,7%*
DuoST ® (Sefam)	1,64	1,48	1,54	-9,8%*	-6,1%*
PrismaVent 50-C ® (Löwenstein)	2,50	2,50	2,38	0%	-4,8%*

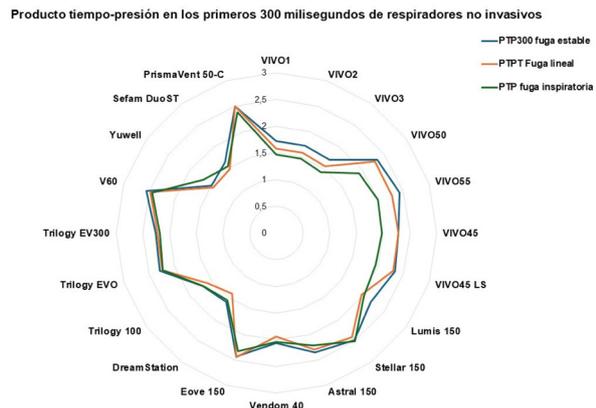


Gráfico 1. Radial del PTP300 en las tres condiciones de fuga simuladas. Cuanto más se aleja del centro, mayor PTP.

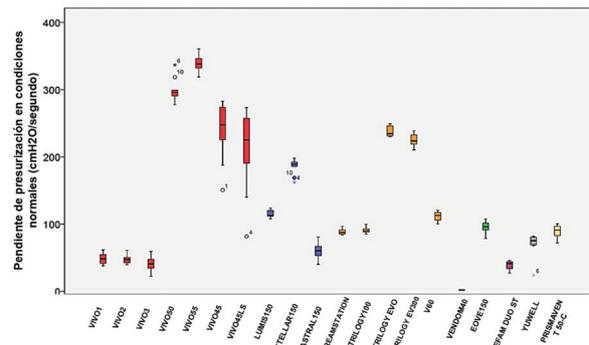


Gráfico 2. Pendiente de presurización en cmH2O/segundo en condiciones de fuga pasiva normal. Se presentan los fabricantes agrupados por colores.

Tabaquismo

16. Impacto de una intervención educativa sobre los riesgos del vapeo en estudiantes de 2°ESO. Gema González Maurazos¹, Angela Ruiz Calvo¹, Mercedes Muela Rangil¹, Alejandro García García², Araceli Abad Fernández², Beatriz Raboso Moreno⁴. ¹Hospital Universitario de Getafe (Enfermería de Neumología), Getafe, España, Getafe, España, ²Hospital Universitario de Getafe

(Residente de Neumología), Getafe, España, Getafe, España, ³Hospital Universitario de Getafe (Jefa del Servicio de Neumología). Universidad Europea de Madrid, Getafe, España, Getafe, España, ⁴Hospital Universitario de Getafe (FEA de Neumología). Universidad Europea de Madrid, Getafe, España, Getafe, España

Introducción

El uso de cigarrillos electrónicos o vapeadores ha aumentado de forma alarmante entre adolescentes, impulsado por la percepción errónea de que son una alternativa segura al tabaco. Las intervenciones educativas son

cruciales para corregir estos mitos y promover la conciencia sobre los riesgos para la salud. Este estudio evaluó la eficacia de una charla educativa en modificar el conocimiento y la percepción de los riesgos del vapeo en estudiantes de 2º ESO.

Material y métodos

Se realizó un estudio pre-post en un colegio de 2º ESO. Los participantes completaron encuestas antes y después de una charla educativa sobre los peligros del vapeo. Las preguntas evaluaron el conocimiento sobre componentes y riesgos, percepción del riesgo, motivos para vapear y el interés en más educación preventiva. Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para determinar diferencias estadísticamente significativas en las respuestas.

Resultados

Se incluyeron 158 estudiantes de 2º ESO. La edad media fue $13,2 \pm 0,64$ años, 58,9% (93) hombres. El 46,8% (74) desconocía los componentes de los vapeadores, y el 22,2% (35) había probado el vapeo. Además, el 35,4% (56) mencionó que los "sabores y aromas" eran una razón clave para vapear, y la percepción del vapeo como seguro fue del 53,2% (84) antes de la charla. Tras la intervención, el 61,4% (97) consideró el vapeo más peligroso y el 88% (139) mostró interés en recibir más educación preventiva. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$), se observó una tendencia positiva en el aumento del conocimiento y la percepción de riesgo (ver Figura 1).

Conclusiones

A pesar de la falta de significancia estadística, los resultados sugieren una mejora descriptiva en el conocimiento y percepción de los riesgos del vapeo. La alta receptividad hacia futuras actividades educativas refuerza la importancia de seguir perfeccionando estrategias preventivas para esta población.

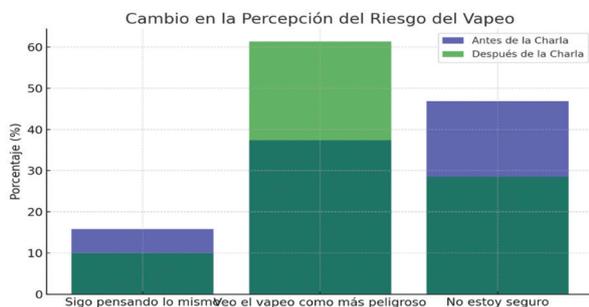


Figura 1. Gráfico de barras que muestra el cambio en la percepción del riesgo del vapeo antes y después de la charla educativa, destacando el aumento en el porcentaje de estudiantes que ahora consideran el vapeo más peligroso.

30. Citisina/citisiniclina en tabaquismo: un análisis de la abstinencia desde la perspectiva de género. Julio César Vargas Espinal¹, Alicia Sánchez De Toro², Cristina Rodríguez Dones², Raquel Solano García-Teenorio³, Paz Vaquero Lozano¹, Gabriella Manzanares Cavin⁴. ¹Unidad de Tabaquismo. Servicio de Neumología CEP Hermanos Sangro. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España, ²CEP Hermanos Sangro. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España, ³Unidad de Hospitalización de Obstetricia. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España, ⁴Servicio de Neumología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Introducción

La abstinencia del tabaquismo puede manifestarse de manera diferente según el género. Algunos estudios sugieren que las mujeres experimentan síntomas de abstinencia más severos que los hombres, lo que puede dificultar el proceso de dejar de fumar. **Objetivo:** Evaluar, en nuestra Unidad, las tasas de abstinencia a los 12 meses en pacientes tratados con citisina/citisiniclina según el género.

Material y métodos

Estudio descriptivo longitudinal en pacientes mayores de 18 años que acudieron a nuestra consulta de tabaquismo del 1 de noviembre de 2022 al 31 de octubre de 2023. Se determinaron las siguientes variables: sexo,

edad, edad de inicio, IPA, Test de Fagerström, medición de CO y %CoHb, motivación (medida por la Escala Analógica Visual), intentos previos, y abstinencia. La manifestación verbal de abstinencia se confirmó mediante validación de CO en aire espirado (< 6 ppm). El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS V.24.

Resultados

Participaron en el estudio 127 pacientes, 52 (40,94%) hombres y 76 (59,06%) mujeres. La media de edad se situaba en 57,11 años, la de la edad de inicio fue de 16,54 años; la del test de Fagerström y del test de Motivación se fijaba en 6,56 y 8,49 respectivamente. La media en la medición de CO se encontraba en 18,03 y la de la carboxihemoglobina en 3,60. La media del IPA se hallaba en 35,25. Solo 12 (9,44%) de los pacientes no habían realizado un Intento previo. En cuanto a los varones la media de edad se situaba en 56,55 años, la de la edad de inicio fue de 15,68 años; la del test de Fagerström y del test de Motivación se fijaba en 6,88 y 8,50 respectivamente. La media en la medición de CO se encontraba en 19,81 y la de la carboxihemoglobina en 3,87. La media del IPA se hallaba en 39,52. Solo 4 (7,69%) no habían realizado un Intento previo. Lograron abstinencia 19 (36,53%) de los pacientes. Con respecto a las mujeres la media de edad se situaba en 57,49 años, la de la edad de inicio fue de 17,12 años; la del test de Fagerström y del test de Motivación se fijaba en 6,33 y 8,48 respectivamente. La media en la medición de CO se encontraba en 16,94 y la de la carboxihemoglobina en 3,43. La media del IPA se hallaba en 32,32. Solo 8 (10,66%) no habían realizado un Intento previo. Lograron abstinencia 27 (36%) de las pacientes.

Conclusiones

En cuanto al tratamiento con citisina/citisiniclina no encontramos diferencias en la abstinencia entre hombres y mujeres tras 12 meses de seguimiento.

70. Impacto del tabaquismo y la abstinencia en asma grave. Clara Seghers Carreras, Begoña Peña Del Cura, Lucía Ortega Ruíz, Miguel Jiménez Gómez, José Ignacio De Granda Orive, Rocío Magdalena Díaz Campos. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Madrid, España

Introducción

La deshabituación tabáquica es uno de los puntos claves para lograr un buen control del asma. Actualmente, tras la introducción en el mercado de nuevos fármacos y la formación de Unidades de deshabituación tabáquica, las oportunidades de abstinencia han aumentado en estos pacientes.

Los objetivos del estudio fueron evaluar el impacto del hábito tabáquico en el control del asma y la efectividad de los distintos métodos para abandonar el tabaquismo.

Material y métodos

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de asma (según los criterios de la GEMA 5.4) en tratamiento y seguimiento en una consulta monográfica de asma grave no controlado de un hospital terciario entre enero y junio de 2023, y que mantuvieron seguimiento un año después. Se registraron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas y de función respiratoria. Se recogió la asistencia a la Unidad de deshabituación tabáquica, los tratamientos recibidos y la abstinencia al año. Se realizó estadística descriptiva y de contraste de hipótesis.

Resultados

Se incluyeron 216 pacientes, de los cuales 107 (49,5%) nunca habían fumado, 93 (43,1%) eran exfumadores y 16 (7,4%) eran fumadores activos, cuyas características se resumen en la tabla 1. Los pacientes fumadores eran significativamente más jóvenes ($p = 0,046$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al control medido por el ACT, el número de exacerbaciones y la gravedad de la enfermedad entre nunca fumadores, exfumadores y fumadores activos.

A todos los pacientes fumadores activos se les ofreció consejo personalizado para el abandono del tabaquismo. Tres pacientes fumadores (18,8%) aceptaron acudir a una consulta monográfica de deshabituación tabáquica, 3 (18,8%) recibieron tratamiento con Citisina y 3 (18,8%) eran abstinentes tras un año de seguimiento (tabla 2). De los pacientes abstinentes al año 1 (33,3%) de ellos había recibido tratamiento farmacológico, mientras que los 2 (66,6%) restantes solo habían recibido consejo personalizado. Ninguno de los 3 había acudido a la consulta monográfica.

Tabla 1. Comparación pacientes asmáticos no fumadores, exfumadores y fumadores (n = 216)

	No fumadora (n = 107)	Exfumadores (n = 93)	Fumadores (n = 16)	p
Edad (años), media (DE)	59,9 (20,2)	60,2 (13,3)	53,6 (9,4)	ab NS ac 0,046 bc 0,046
Mujeres, n (%)	86 (80)	64 (68,8)	14 (87,5)	NS
IPA, media (DE)	N/A	20,2 (18,6)	27,2 (19,9)	NS
Gravedad del asma, n (%)				
Moderada	35 (32,7)	28 (30,1)	5 (31,3)	NS
Grave	72 (67,3)	65 (69,9)	11 (68,7)	
ACT puntuación, media (DE)	21,7 (4,2)	22,6 (2,9)	22,1 (2,9)	NS
Exacerbaciones, n (%)				
No	66 (61,6)	65 (69,9)	12 (75)	NS
1	23 (21,5)	16 (17,2)	2 (12,5)	
2	14 (13,1)	7 (7,5)	0	
3 o más	4 (3,7)	5 (5,4)	2 (12,5)	
Ingresos, n (%)	5 (4,7)	4 (4,3)	0	NS
FEV1 preBD (%), media (DE)	87,2 (20,9)	84,7 (21,5)	86,9 (8,9)	NS
FVC % pre, media (DE)	98,5 (17,4)	99,8 (17,3)	102,9 (14,1)	NS
FEV1/FVC pre, media (DE)	70,1 (11,8)	66,6 (11)	67,7 (5,9)	ab 0,03 ac/bc NS
PBD +, n (%)	20 (18,7)	27 (29)	5 (31,3)	NS
FeNO (ppb), media (DE)	35,8 (29,7)	38,6 (27,3)	27,6 (19,5)	NS

ACT: asthma control test. BD: broncodilatador. DE: desviación estándar FeNO: fracción exhalada de óxido nítrico. FEV1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo. FVC: capacidad vital forzada. IPA: índice años/paquete. PBD: prueba broncodilatadora. PPB: partes por billón.

Tabla 2. Abstinencia en pacientes asmáticos fumadores (n = 16)

IPA, mediana (RIQ)	30 (28)
Consulta en la Unidad de tabaquismo, n (%)	3 (18,8)
Método, n (%)	
Consejo	13 (81,3)
Citisina	3 (18,8)
Abstinencia al año, n (%)	3 (18,8)

IPA: índice años/paquete. RIQ: rango intercuartílico.

Conclusiones

En nuestra cohorte los pacientes fumadores eran más jóvenes que los exfumadores y los nunca fumadores. No se identificó ninguna relación entre el tabaquismo y un peor control del asma. Sin embargo, el 18,8% de los fumadores logró mantener la abstinencia al cabo de un año, lo que subraya la necesidad de reforzar las estrategias de deshabituación tabáquica en estos pacientes.

102. Tabaco y nuevas prácticas de consumo: análisis del hábito en población adolescente. Alejandro López Pérez¹, Berta García Peral², Ana Cristina Rubio Bernardo¹, Beatriz Daviu Cobian¹, Ana María Holguín Cordero¹, José Luis Izquierdo Alonso¹. ¹Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España, ²Universidad de Alcalá, Alcalá De Henares, España

Introducción

El hábito tabáquico continúa siendo un problema de salud pública en España. La industria tabaquera ha desarrollado nuevos productos no asociados al estigma tradicional del tabaco. Estos productos, promovidos bajo el falso discurso de 'reducción de daños' como estrategia comercial, han logrado su popularización en el mercado, especialmente entre los menores de edad. El objetivo de este estudio es analizar el perfil del hábito tabáquico y las nuevas formas de consumo en población adolescente.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional y descriptivo realizado en 149 alumnos de educación secundaria de Guadalajara. La recolección de datos se llevó a cabo en octubre 2024 mediante una encuesta anónima e individual, diseñada a partir de instrumentos previamente validados, como el cuestionario 'Preguntas sobre tabaco destinadas a encuestas en jóvenes' del Global Tobacco Surveillance System (GTSS) y 'Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES 2017)'. Tanto el procesamiento como el análisis dichos datos se realizó mediante las herramientas Microsoft Excel 2021 y OpenEpi v.2013/04/06.

Resultados

El 51% fueron mujeres y el 49% varones, con una edad media de 13,9 años. Se identificó el consumo de dispositivos de inhalación (vapeador, tabaco o cachimbos) en el 33,5% de la población estudiada. Al analizar la relación entre el uso de dispositivos de inhalación y el sexo o la práctica de actividad física no se observaron diferencias estadísticamente significativas, siendo $p = 0,8631$ y $p = 0,4456$ respectivamente. Respecto a los dispositivos utilizados, el vapeador fue el más prevalente, con un 30,8% de la población encuestada, seguido del tabaco convencional (10,7%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la relación entre el uso de vapeador y sexo ($p = 0,5856$) o entre el uso de tabaco y sexo ($p = 0,5388$).

Respecto al riesgo percibido, el consumo del vapedor fue considerado mayoritariamente como un riesgo mayor o igual al tabaco tradicional, en un 32,8% y un 41,6% de los encuestados respectivamente.

Conclusiones

El consumo de tabaco y/o dispositivos de inhalación está presente en aproximadamente un tercio de los adolescentes entre 13 y 16 años en la población estudiada. Los vapedores han reemplazado al tabaco convencional como la principal vía de iniciación. En cuanto a la percepción del riesgo, esta fue homogénea con los distintos dispositivos, lo que teóricamente puede favorecer al vapeo como puerta de entrada al consumo de tabaco convencional.

125. Impacto y conocimiento del tabaquismo en médicos residentes. Hamza Matar¹, Julia Dorta Diez De La Lastra², Ana De La Rocha Prieto¹, Ana Cristina Gallotti Urbano², Eva De Santiago Delgado¹. ¹Hospital del Henares, Madrid, España, ²Madrid, Madrid, España

Introducción

El tabaquismo representa una de las principales causas prevenibles de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Los profesionales de la salud desempeñan un papel fundamental en la promoción de estilos de vida saludables y en la lucha contra el consumo de tabaco. Sin embargo, su efectividad puede verse comprometida si ellos mismos presentan conductas tabáquicas o carecen de conocimientos actualizados sobre el tema.

En este contexto, se realizó una encuesta dirigida a los médicos residentes del Hospital Universitario de Henares con el objetivo de evaluar su estado frente al tabaquismo, identificando prevalencia y patrones de consumo, y su nivel de conocimiento sobre los riesgos asociados y las estrategias para la cesación tabáquica.

Material y métodos

Se empleó la herramienta de formularios de Google para la realización de la encuesta.

Resultados

Los resultados obtenidos a la encuesta revelan que, al 100% de los residentes les parece relevante conocer como médico el impacto del tabaquismo sobre la salud.

A pesar de ello el 12% de R1 y un 16,6% de R4 no recogen este dato de forma habitual en las historias clínicas. Si conocen que es una enfermedad adictiva codificada en la CIE 10 el 59% de R1 y el 67% de R4, sin embargo, solo el 23,5% de R1 y el 16,6% de R4 lo incluye en los diagnósticos al alta.

El 41% de R1 y el 42% de R4 reconocen saber hacer la historia de tabaquismo, pero todas las respuestas se limitan al número, cantidad y años de fumador. El 47% de R1 y 50% de R4 no conoce los tratamientos de deshabituación, y solo dos, uno de cada grupo, conoce todos los tipos de tratamiento disponibles.

No hace ningún tipo de consejo el 41% de R1 y el 16% de R4. Un 17% de R1 y un 33% de los R4 reconocen pautar tratamiento específico. La mayoría, un 35% de R1 y 50% R4 lo derivan a su centro de salud. En cuanto al estatus de fumador solo fuma un R1 de forma habitual, entre 5- 10 cigarrillos, y dos residentes, los fines de semana. Solo un R4 fuma de forma esporádica, entre 1-5 cigarrillos. De R1, un 59%, había fumado alguna vez, y un 41,6% de R4, había fumado alguna vez. Tres de los R1 han fumado cigarrillos electrónicos y 5 de los R4. En todos estos casos siempre en el contexto de los fines de semana, menos el fumador habitual.

Conclusiones

Con estos datos nos planteamos el vacío que existe en la formación de todos los residentes respecto al tabaquismo. Nos planteamos por tanto, llevar a cabo acciones formativas obligatorias, dado el impacto que tiene sobre la salud, a todos los niveles y especialidades.

181. Eficacia de citisiniclina en una unidad de alta complejidad y relación con las características del fumador. Cristina Villar Laguna, Maribel Cristobal Fernández, Ana María Cicero Guerrero. *Unidad Especializada en Tabaquismo. HCSC. Madrid, Madrid, España*

Introducción

Citisiniclina es un fármaco para dejar de fumar que se comercializa en España desde 2021. Presentamos resultados de eficacia asociado a las características del fumador.

Objetivo: Presentar los resultados de efectividad y características asociadas a ésta en un grupo de fumadores que acudieron a una Unidad especializada de alta complejidad para dejar de fumar.

Material y métodos

Los pacientes fueron incluidos en un programa de tratamiento del tabaquismo utilizando asesoramiento psicológico, tratamiento con Citisiniclina a las dosis habituales durante 25 días y seguimiento durante seis meses. A lo largo de este período fueron vistos en siete ocasiones: visita basal, tres revisiones más a los 8, 18 y 25 días después del día D; y otras tres revisiones más a los 2, 3 y 6 meses después del día D. Durante el periodo de tratamiento farmacológico se analizaron la efectividad y las variables de los fumadores asociadas a ésta. Se analizó la abstinencia al final del tratamiento, y a los tres y seis meses después.

Resultados

Se incluyen en total de 171 fumadores con edad media 54.8 (11.2) años; 52% hombres. Fumaban 23 (8,9) cigarrillos/día y 53,5 (23.6) paquetes/año. El 73% tenían alto grado de dependencia física por la nicotina (8 en el test de Fagerström) y el 69% fumaban por recompensa negativa.

Los fumadores presentaban una puntuación media en la escala de Autoeficacia de 7 y en la escala de Motivación una de puntuación media de 9. Los índices de abstinencia al final del tratamiento, a los tres y seis meses fueron: 91.2%, 51.4% y 30.4%, respectivamente.

Conclusiones

El tratamiento del tabaquismo con Citisiniclina mostró excelentes resultados de abstinencia al finalizar el tratamiento, a los 3 y 6 meses de seguimiento en una muestra de pacientes con las siguientes características: mayor porcentaje de fumadores por recompensa negativa, alto grado de dependencia física por la nicotina, alta puntuación en la escala de autoeficacia y motivación.

Técnicas, oncología y pleura

11. Evaluación retrospectiva de calidad de la pletismografía corporal en el laboratorio de función pulmonar clínica. Stephany Ivonne Briones Alvarado¹, Carlos Luis Sarango Parrales², Vanessa Gabriela Del Valle Gómez Siso¹, José Daniel Cordero Márquez¹, Walther Ivan Giron Matute¹, Luis Puente Maestu¹. ¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Madrid, España, ²Hospital Central de La Defensa Gómez Ulla., Madrid, España

Introducción

La pletismografía corporal (PC) se utiliza para medir volúmenes, capacidades y resistencias pulmonares. Es una técnica que requiere un equipamiento específico, personal especializado y cierta colaboración por parte del paciente. La complejidad de esta técnica ha hecho necesaria estandarización de criterios de calidad con el objetivo de que los resultados obtenidos en esta prueba sean fiables. Para ello se valora si se cumple una diferencia < 150 mL entre los dos mayores valores de capacidad vital (CV). Si la PC cumple este criterio se pasa a valorar la variabilidad de los valores de la capacidad residual funcional (CRF), considerándose como aceptable si esa diferencia era < 5%, boderline 5–10% e inaceptable > 10%.

Material y métodos

Estudio observacional y retrospectivo de pacientes consecutivos en estado estable, que acudieron al área de Pruebas Funcionales Pulmonares en un hospital terciario de Madrid, España, desde enero de 2024 hasta mayo de 2024. Se recogieron parámetros de la PC, y se determinó cuantas de ellas cumplían con los estándares de calidad.

Resultados

Durante los meses antes indicados se realizaron un total de 72 PC. De este total solo 49 (68%) cumplían el criterio de una diferencia < 150 mL entre los dos mayores valores de CV y de estos, 24.5% eran aceptables, 44.9% eran boderline y 30.6% eran inaceptables.

Conclusiones

De las 72 PC realizadas en nuestro centro, 49 pasaron el criterio de una diferencia < 150 mL entre los dos mayores valores de CV. De estas 49, 34 pasaron los criterios para ser consideradas validas (24.5% aceptables y 44.9% boderline). Las PC consideradas como inaceptables deberían repetirse en un día diferente, ya que una PC inaceptable no se considera valorable. Los resultados de esta prueba no solo permiten la caracterización de los patrones funcionales de la mecánica pulmonar, sino que también permite

valorar la necesidad de someter al paciente a procedimientos terapéuticos. Por ende es necesario replantearse la forma de como se está realizando las PC para un adecuado control de calidad para que los resultados e interpretación sean confiables para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con enfermedad respiratoria.

Diferencia < 150 mL entre los dos mayores valores de CV

Sí	49	68%
No	23	32%
Total	72	100%

Variabilidad de los valores de la CRF

Aceptable (< 5%)	12	24.5%
Boderline (5-10%)	22	44.9%
Inaceptable (> 10%)	15	30.6%
Total	49	100%

12. Mejoría en la calidad de vida tras la reducción de volumen pulmonar endoscópica. Stephany Briones Alvarado, Paola Antonella Benedetti Tortora, Virginia Gallo González, Angelica María Quito Parra, Javier García López, Luis Puente Maestu. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Madrid, España*

Introducción

La evidencia disponible en reducción de volumen pulmonar endoscópica (RVPE) proviene generalmente de centros de referencia o estudios pivotales, con escasos datos de otros centros. Esto ha generado controversias con relación a los resultados del tratamiento, duración de los mismos, morbimortalidad o satisfacción de los pacientes. Presentamos los resultados de la RVPE realizada en un hospital de tercer nivel, incluyendo pacientes tratados con coils, válvulas endobronquiales (VE) y termoablación; Entre las variables consideradas destacan la calidad de vida autopercebida y el nivel de satisfacción con el procedimiento.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo incluyendo 29 pacientes sometidos a RVPE entre mayo de 2015 y septiembre de 2023. Los pacientes con enfisema grave y cisuras íntegras fueron tratados con válvulas endobronquiales (VE), el resto con coils o termoablación por vapor. Las variables analizadas se detallan en la tabla 1.

Resultados

Las VE fueron el método más utilizado (69%), seguido de los coils (20,7%) y la termoablación (10,3%). La localización más frecuente de las VE fue el lóbulo superior izquierdo (58%), seguido de ambos lóbulos superiores (27,6%). No se observaron complicaciones durante el procedimiento, el tiempo medio de hospitalización fue dos días.

Se evidenciaron diferencias significativas en la escala de Barthel basal y al mes postprocedimiento (vs; p = 0,042), disnea basal y al mes (vs; p = 0,031), CVF basal y a los tres meses (vs; p = 0,082), La comparación del resto de las variables y parámetros evaluados fueron no significativos.

Solo 19 pacientes continuaron el seguimiento en nuestro centro. Desde 2015 fallecieron 7 pacientes (24,1%), la causa del fallecimiento se consideró relacionada con insuficiencia respiratoria y fue secundaria al procedimiento en dos casos. Después de 12 meses de la RVPE acuden a urgencias una media de 1,5 veces, con una media de ingresos hospitalarios de 11 días. La satisfacción media tras 12 meses de la RVPE fue de 7/10, y el 52,6% reportó una mejora en su calidad de vida. El 42,1% manifestó que se sometería nuevamente al procedimiento.

Conclusiones

- 1) La RVPE representa una opción viable para mejorar la calidad de vida en pacientes con enfisema grave.
- 2) La limitada duración de los beneficios y la falta de mejora en ciertos parámetros sugieren la necesidad de realizar estudios para identificar los subgrupos de pacientes que podrían obtener mayores beneficios.

Datos basales		
Sexo, varón		19 (65,5%)
Edad		66 (59-73)
Antecedentes personales		
AOS (Apnea Obstructiva del Sueño)		4 (13,8%)
Trastornos de la caja torácica		1 (3,4%)
Tabaquismo		2 (6,9%)
Obesidad		12 (41,4%)
Hipertensión arterial		12 (41%)
Diabetes mellitus		0 (0%)
Insuficiencia cardiaca congestiva		5 (17,2%)
Fibrilación auricular		1 (3,4%)
Enolismo		2 (6,9%)
Antecedentes psiquiátricos (ansiedad, depresión)		10 (34,5%)
Situación basal		
Barthel		
	Independiente	14 (48,3%)
	Dependencia leve	14 (48,3%)
	Dependencia moderada	1 (3,4)
	Dependencia grave	0
	Dependencia total	0
Disnea		
	1	0
	2	9 (31%)
	3	16 (65,2%)
	4	(13,8%)
Datos gasométricos basales		
pH		7,40 (7,38-7,43)
PaO2		66,5 (62-79)
PCO2		43,5 (36-47)
Datos espirométricos basales		
VEF1 (ml)		760 (645-865)
VEF1 (%)		28 (24-36)
CVF (ml)		2790 (2190-3190)
CVF (%)		81 (69-96)
VEF1/CVF		27,5 (24-35)
DLCO (%)		33 (27-40,5)
KCO (%)		42 (38,5-49)
RV/TLC (%)		162 (150-220,7)
VR (%)		235 (208-266)
TLC (%)		145,5 (137,4-163)
TM6		295 (211,5-360)

Tabla 3. Grado de satisfacción y calidad de vida posterior al procedimiento

		n	%
Grado de satisfacción con el procedimiento realizado (Escala del 0 al 10)	5,00	3	15,8
	6,00	4	21,1
	7,00	6	31,6
	8,00	4	21,1
	10,00	2	10,5
¿Considera que la RVPE mejoro su calidad de vida?	No	9	47,4
	Sí	10	52,6
¿Volvería a someterse a la RVPE?	No	11	57,9
	Sí	8	42,1

	Frecuencia	Porcentaje
Broncoscopia flexible	5	7,0
CrioEBUS	1	1,4
EBUS	23	32,4
BAG pulmonar	23	32,4
BAG extrapulmonar	10	14,1
Biopsia pleural	1	1,4
Biopsia quirúrgica	6	8,5
Criobiopsia pulmonar	2	2,8
Total	71	100,0

75. Evaluación del impacto del comité de tumores en la gestión del cáncer de pulmón. María De Las Mercedes Carrasco Sánchez, Eduardo Solís García, Tania Yudit Ramirez Torres, Javier Carrillo Hernández-Rubio, Estefanía Llopis Pastor, Mercedes García-Salmones Martín. *Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid., Madrid, España*

Introducción

El cáncer de pulmón, principal causa de mortalidad oncológica a nivel mundial, supone un reto frecuente en la consulta de neumología por su complejidad diagnóstica y terapéutica. Los comités multidisciplinares son clave para optimizar el diagnóstico y los resultados clínicos de esta entidad.

Este estudio tiene como objetivo analizar las características clínicas de los pacientes presentados en el comité de tórax de nuestro hospital, incidiendo en los tiempos de demora diagnóstica y terapéutica.

Material y métodos

A continuación, se expone un estudio retrospectivo y descriptivo que incluyó a pacientes remitidos por neumología al comité de tumores torácicos del Hospital Universitario Rey Juan Carlos entre junio de 2023 y junio de 2024.

Se revisaron las historias clínicas de 157 pacientes, excluyendo aquellos remitidos desde otros servicios, aquellos que no presentaban confirmación histológica de malignidad, los que fallecieron antes de iniciar el tratamiento y quienes recibieron tratamiento en otros centros.

Resultados

Tras aplicar los criterios de exclusión, se obtuvo una muestra final de 71 pacientes. De ellos, el 50.7% eran hombres, con una edad media de 70 años. El 45% eran fumadores activos y el 33.8% presentaban diagnóstico previo de EPOC. La mayoría de los casos fueron derivados desde atención primaria (22.5%) y urgencias (22.5%), mientras que un 7% pertenecía al programa DEPRECAP.

El 90% de los pacientes fueron evaluados de forma ambulatoria, realizándose las pruebas diagnósticas que figuran en la tabla 1.

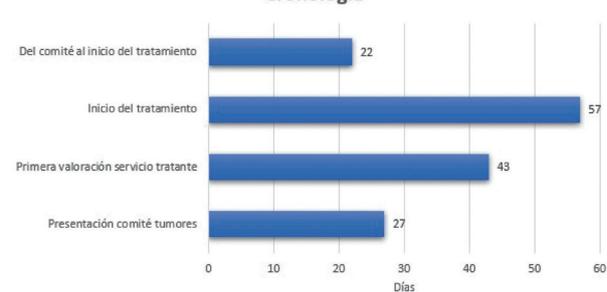
Los tipos histológicos más frecuentes fueron adenocarcinoma (36%), carcinoma epidermoide (22%) y microcítico (14%). Según la clasificación TNM (8ª edición), los estadios más comunes fueron IA (22%), de los cuales el 19% provenían del programa DEPRECAP; IIIA (14%) y IVA (12.7%).

A partir de la fecha de la primera valoración en consulta, se analizaron los tiempos hasta la toma de decisiones en el comité, considerando este factor como indicador clave del rendimiento del circuito asistencial (figura 1). Tras la decisión multidisciplinar, se indicó derivación a oncología médica + radioterapia (33.8%), cirugía (22.5%), oncología médica (19.7%), radioterapia (15.5%).

Conclusiones

- En nuestro centro existe una demora menor de un mes desde la primera valoración en consulta hasta la decisión terapéutica en el comité multidisciplinar.
- La media del inicio del tratamiento desde la sospecha diagnóstica es inferior a dos meses.

Cronología



86. Experiencia inicial de la criobiopsia transbronquial en el diagnóstico de la enfermedad pulmonar intersticial difusa con crisonda de 1.1mm.

Xinyi Gao¹, Beatriz Morales Chacón², María Asunción Nieto Barbero¹, Pedro José Adami Teppa², Sofía Ayat Ortiz¹, María José Bernabé Barrios². ¹Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España, ²Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid., Madrid, España

Introducción

La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) conlleva a una significativa morbilidad y mortalidad. La criobiopsia transbronquial (CBTB) ha emergido como una técnica mínimamente invasiva, que ha demostrado alta rentabilidad y un perfil de seguridad aceptable en el diagnóstico de EPID. El objetivo del presente estudio es evaluar la rentabilidad diagnóstica inicial, características histológicas y la seguridad de la CBTB en el estudio de EPID en nuestro hospital.

Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado entre abril y octubre de 2024 en pacientes con EPID sin diagnóstico concluyente basado en datos clínicos y radiológicos. Se realizaron CBTB con crisonda de 1.1 mm. Se analizaron las características de los pacientes, las muestras obtenidas, la rentabilidad diagnóstica y las complicaciones inmediatas del procedimiento.

Resultados

Se incluyeron 10 pacientes con edad media de 63 ± 13,1 años, de los cuales 6 (60%) eran mujeres. Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes mellitus (50%). 2 pacientes presentaban enfermedades autoinmunes: uno con vasculitis con cANCA positiva en tratamiento con micofenolato y otro con psoriasis. Las características de los pacientes se describen en la tabla 1. En TC de tórax, 2 pacientes presentaron patrón indeterminado para neumonía intersticial usual (NIU), 5 con neumonía intersticial no específica (NINE) fibrótica, 2 con neumonitis por hipersensibilidad (NH), 1 con calcificaciones pulmonares y 3 casos con patrón nodular/reticulonodular.

En 7 pacientes se realizaron biopsias en 2 lóbulos diferentes, con 3 tomas por lóbulo. Los lóbulos más biopsiados fueron el lóbulo superior e inferior derecho (70% y 60% respectivamente). La complicación más frecuente fue

Tabla 1. Las características de los pacientes

Características clínicas	n = 10
Edad (años)	63 ± 13,1
Sexo	
Mujer	6 (55%)
Hombre	5 (45%)
mMRC ≥ 2	2 (20%)
FEV1 % pred. Media	93,9 ± 31,4
FVC % pred. Media	94,9 ± 27,0
DLCO % pred. Media	71,1 ± 11
Tabaquismo	
Nunca fumador	2 (20%)
Exfumador	6 (60%)
Fumador	2 (20%)
Comorbilidades	
Diabetes mellitus	5 (50%)
Hipertensión arterial	4 (40%)
Enfermedad autoinmune	2 (20%)
Cardiopatía	1 (10%)
ERC	1 (10%)
AOS	1 (10%)
Toma habitualmente anticoagulantes	0
Diagnósticos de TC torácico	
Inconsistente para NIU	2 (20%)
NINE fibrótica	2 (20%)
Neumonitis por hipersensibilidad	2 (20%)
Nodular/reticulonodular	3 (30%)
Calcificaciones pulmonares	1 (10%)
Resultados	
BAL	10 (100%)
Predominio de macrófagos	9 (90%)
Linfocitosis	1 (10%)
Aislamiento microbiológico positivo	4 (40%)
Lóbulos biopsiados	
LSD	7 (70%)
LM	3 (20%)
LID	6 (60%)
LSI	1 (10%)
LII	1 (10%)
Complicaciones	
Hemorragia leve	4 (40%)
Hemorragia moderada	3 (30%)
Desaturación	1 (10%)
Diagnostico anatomopatológico	
NINE fibrótica	2 (20%)
NH fibrótica	1 (10%)
Calcificación pulmonar metastásica	1 (10%)
Neumoconiosis	1 (10%)
Inflamación crónica	1 (10%)
Fibrosis	1 (10%)
Normal	3 (30%)

hemorragia leve a moderada (54%), todas controladas con el balón de hemostasia. Las muestras fueron todas representativas. El tamaño medio de las biopsias agrupadas es 136,7 ± 36,7 mm. En 5 casos (50%) se obtuvieron diagnósticos por el estudio anatomopatológico. Hay 5 casos que se

presentaron en el multidisciplinar de EPID logrando diagnóstico definitivo en todos ellos.

Conclusiones

La CBTB es una técnica segura y eficaz para el diagnóstico de EPID. Su rentabilidad diagnóstica y utilidad en el contexto multidisciplinario la posicionan como una alternativa menos invasiva a la biopsia quirúrgica.

92. Criobiopsia transbronquial guiada por navegación electromagnética en el diagnóstico de nódulos pulmonares periféricos. Lucía Gómez Martín-Caro, Medardo Montenegro Villavicencio, Paula Martín Almazán, Lenin Santiago Almeida Moreno, Beatriz Morales Chacón, María José Bernabé Barrios. *Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España*

Introducción

La criobiopsia pulmonar transbronquial (CBTB) es una técnica emergente que permite adquirir muestras de tejido de mayor tamaño que las obtenidas con la biopsia transbronquial estándar (BTB). Esta técnica resulta especialmente útil en el diagnóstico de nódulos pulmonares periféricos en combinación con la navegación electromagnética endobronquial (NEM). El objetivo de este trabajo es comparar el rendimiento diagnóstico entre las muestras obtenidas por BTB y por CBTB.

Material y métodos

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, realizado en una muestra de 10 pacientes en los que se realizó una BTB y una CBTB con criosonda de 1.1 mm, ambas guiadas por NEM, entre los meses de enero y de julio del año 2024. Las variables recogidas son demográficas (edad, sexo, tabaquismo), funcionales (FEV1, DLCO), radiológicas (tamaño, localización, naturaleza del nódulo) y anatomopatológicas (tamaño de la muestra y resultados).

Resultados

Los pacientes incluidos son en su mayoría mujeres (70%) no fumadoras (40%) de edad avanzada (75.50, 7.75 años) con función respiratoria no alterada [FEV1 94% (60.50-107%), DLCO 82% (61-89.50%)]. Los nódulos pulmonares periféricos puncionados tienen un tamaño medio de 17.20 mm (5.71 mm), una localización variable, una naturaleza predominantemente sólida (70%), y un signo del bronquio en su mayoría negativo (90%). Las muestras obtenidas por CBTB fueron de mayor tamaño que las obtenidas por BTB con significación estadística [0.800 cm (0.326 cm) versus 0.430 cm (0.176 cm), p = 0.007]. La rentabilidad diagnóstica de la CBTB y de la BTB fue del 70% y del 50%, respectivamente. Como complicaciones, únicamente se produjo un neumotórax parcial en un paciente que no precisó drenaje.

Conclusiones

En nuestra experiencia inicial la CBTB guiada por NEM es una técnica segura, mínimamente invasiva y que aumenta la rentabilidad diagnóstica frente a técnicas de muestreo convencional.

Tabla 1. Características generales

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.	N=10
Género, mujer, n (%)	7 (70%)
Edad, media (SD)	75 (± 8)
Tabaquismo, nunca, n (%)	6 (60%)
CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES.	
FEV1, %, mediana (IQR)	94.50 (60.50-107.00)
DLCO, %, mediana (IQR)	82 (61-89.50)
CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS DEL NÓDULO PERIFÉRICO.	
Tamaño, media (SD)	17.2 (± 5.71)
Localización	
LSD, n (%)	2 (20%)
LM, n (%)	2 (20%)
LSI, n (%)	3 (30%)
Língula, n (%)	1 (10%)
LII, n (%)	2 (20%)
Naturaleza, sólida, n (%)	
Naturaleza, sólida, n (%)	7 (70%)
Aspecto irregular, n (%)	
Aspecto irregular, n (%)	9 (90%)
Signo del bronquio, no, n (%)	
Signo del bronquio, no, n (%)	9 (90%)

Tabla 2. Comparativa entre las muestras obtenidas por BTB vs CBTB.

	BTB	CBTB	P-VALOR
Tamaño de la muestra, cm, m (SD)	0.430 (± 0.176)	0.800 (± 0.326)	p=0.007
Rentabilidad diagnóstica, n (%)	50%	70%	

104. Identificación de biomarcadores para la predicción de nódulos pulmonares benignos en población de alto riesgo en un programa de detección de cáncer de pulmón. María Mercedes Morante Tinoco, Karen Lozano Policroniades, Carolina Gotera Rivera, Javier Alfayate Sánchez, Andrés Giménez Velando, María Jesús Rodríguez Nieto. *Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, Madrid, España*

Introducción

Se ha demostrado que los programas de cribado de cáncer de pulmón (CCP) reducen la muerte relacionada con el cáncer en poblaciones seleccionadas. Sin embargo, el porcentaje de falsos positivos que requieren pruebas adicionales, incluida la cirugía en nódulos pulmonares sospechosos (NP) reportados en la literatura, es alto (27%). Los estudios han identificado biomarcadores séricos (BM) asociados con el riesgo de desarrollar varios tipos de cáncer, incluido el cáncer de pulmón. Sin embargo, nuestro objetivo es identificar parámetros capaces de determinar nódulos pulmonares benignos que puedan reducir la necesidad de pruebas adicionales.

Material y métodos

Se realizó un análisis transversal de una serie de pacientes pertenecientes al CCP. Los pacientes se sometieron a TC de baja dosis (TBD), pruebas de función pulmonar y análisis de sangre de acuerdo con nuestro protocolo. Para los resultados de TBD: los nódulos no calcificados de ≥ 6 mm se consideraron indeterminados o sospechosos (NPS). Aquellos que permanecieron estables en el seguimiento durante más de tres años o con resultados negativos después de pruebas adicionales se consideraron nódulos pulmonares benignos (NPB).

Resultados

Se incluyeron 1.629 pacientes, 944 varones (58,13%) con una edad media de 62,91 años, EPOC y enfisema. Las características generales se describen en la Tabla 1. Un nódulo indeterminado o sospechoso (≥ 6 mm) que requería pruebas adicionales se expresó en el 13% de las TBD. Este análisis mostró diferencias estadísticamente significativas en los BM séricos de nódulos pulmonares indeterminados versus benignos en el seguimiento: niveles absolutos y porcentuales de eosinófilos más bajos (177,92 DE 107,14 frente a 235,61 DE 181,20 $p = 0,0022$; 2,42% DE 1,42 frente a 3,06% DE 2,10; $p = 0,0022$) y niveles más altos de pro-BNP (155,83 DE 173,57 frente a 9 1,83 DE 2 82,97; $p = 0,0059$). No se encontraron diferencias para los otros biomarcadores séricos analizados. Para nódulos pulmonares benignos 6 mm, el punto de corte para pro-BNP es 165 mg/dL, con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 91,50% [AUC=0,914 (IC 95%: 0,900-1,000)].

Conclusiones

La prevalencia de nódulos pulmonares indeterminados es alta, presentes en casi el 50% de los CP diagnosticados. Encontramos una asociación estadísticamente significativa entre la eosinofilia y los valores de pro-BNP para nódulos pulmonares significativos. De todos ellos, el pro-BNP es el parámetro con mejores valores ROC con una sensibilidad y especificidad (S/E) cercana al 100%.

150. Experiencia inicial de la CRIOEUBUS y su rentabilidad frente a la PAAF EBUS en nuestro centro. Sofía Ayat Ortiz, Elena Forcén Vicente De Vera, Beatriz Morales Chacón, Medardo Montenegro Villavicencio, Xinyi Gao, María José Bernabé Barrios. *Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España*

Introducción

La creciente necesidad de obtener mayores volúmenes de tejido para análisis moleculares en la evaluación de ganglios linfáticos y lesiones mediastínicas, ha impulsado el desarrollo de técnicas complementarias que permiten superar estas limitaciones, entre las que destaca la CRIOEUBUS. Esta técnica permite obtener biopsias de alta calidad gracias al uso de la criosonda, obteniendo fragmentos más grandes y con una arquitectura tisular más preservada, lo que mejora la calidad del tejido para estudios histológicos y moleculares.

Objetivo: Evaluar la rentabilidad diagnóstica de la CRIOEUBUS en comparación con la PAAF EBUS, valorando su impacto en la mejora del diagnóstico en los primeros 70 pacientes sobre los que se realizó esta técnica en nuestro Centro.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo de los primeros 70 pacientes sometidos a la CRIOEUBUS en nuestro Centro desde diciembre de 2023 hasta octubre de 2024. Se analizaron variables clínicas, anatómicas sobre localización de la toma de muestras y de los resultados obtenidos de anatomía patológica.

Resultados

Se obtuvieron 75 muestras en las que se había combinado la técnica de PAAF EBUS y de CRIOEUBUS. El 55,7% de los pacientes eran hombres con una edad media de 68 años. El 40% de las muestras fueron realizadas sobre masas, siendo la más frecuente la masa hilar derecha. La mayoría de las muestras (60%) se obtuvieron de ganglios linfáticos, siendo la adenopatía subcarinal la más biopsiada. Todas las pruebas fueron bien toleradas. Se registraron solo dos complicaciones leves, consistentes en insuficiencia respiratoria y hemorragia leve, ambas resueltas sin incidencias y con las medidas convencionales. La rentabilidad global de la PAAF EBUS fue del 82,7%, mientras que la rentabilidad diagnóstica de la CRIOEUBUS alcanzó el 93,3%. En el 57,3% de las muestras, ambas técnicas coincidieron en el diagnóstico, siendo el más frecuente la confirmación de malignidad, con predominando el adenocarcinoma seguido del carcinoma microcítico. En el 22,7% de las muestras, ambas pruebas fueron diagnósticas, pero con diagnósticos distintos. En el 64,7% de estos casos, la CRIOEUBUS confirmó malignidad que la PAAF EBUS había descartado o aportó mayor especificidad al diagnóstico tumoral sospechado por la PAAF EBUS. En el 29,4% de estos casos, la CRIOEUBUS llegó a un diagnóstico no maligno donde la PAAF EBUS había sido analizado como tejido no patológico. Solo en un caso la PAAF EBUS confirmó malignidad que la CRIOEUBUS no detectó.

Conclusiones

- La CRIOEUBUS es una técnica rentable, segura y eficaz para el diagnóstico de lesiones y adenopatías hilio- mediastínicas.
- El rendimiento diagnóstico global en nuestro centro en los primeros 70 casos fue del 93,3%.
- En nuestra serie, la CRIOEUBUS presenta una mayor rentabilidad diagnóstica global frente a la PAAF EBUS.
- Precisa de una corta curva de aprendizaje en personal ya entrenado en la realización de ecobroncoscopia.

152. Utilidad de la criobiopsia ganglionar mediante ecobroncoscopia en el Hospital Universitario de la Paz. María Hidalgo Sánchez, Sergio Alcolea Batres, Pablo Mariscal Aguilar, María Alejandra Castillo Ramírez, Paula Villaverde Rebenaque. *Hospital Universitario La Paz, Madrid, Madrid, España*

Introducción

La punción aspiración transbronquial con aguja guiada por ultrasonido endobronquial (EBUS-TBNA) es el método diagnóstico de elección de ganglios mediastínicos y estadificación del cáncer de pulmón por su alta rentabilidad y bajas complicaciones considerándose poco invasivo y ambulatorio; sin embargo, los avances en Oncología precisan muestras de mayor tamaño y calidad para estudios moleculares. La criobiopsia mediastínica se plantea como alternativa, evitando repetir procedimientos o recurrir a otros más invasivos.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo tras realizar la técnica en 85 pacientes. Mediante sedación profunda por parte del servicio de Anestesia a través de mascarilla laríngea se introdujo el ecobroncoscopio lineal. Tras la realización de punciones con aguja 19G, se progresó la criosonda flexible de 1,1 mm (Erbcryo 20402-401) a través del sitio de punción con un tiempo de congelación de 6 segundos.

Se recogieron datos ecográficos de las lesiones mediastínicas (territorio, tamaño, morfología, homogeneidad, vascularización), captación en PET, número de criobiopsias, número de TBNA, sospecha clínica y complicaciones así como los diagnósticos de TBNA y de criobiopsias para ver la correlación diagnóstica.

Resultados

La sospecha clínica principal fue de proceso oncológico no linfoproliferativo (55%), seguida de síndrome linfoproliferativo (SLFP) (22%), proceso inflamatorio (18%) e infeccioso (5%).

La concordancia en el diagnóstico de las muestras tomadas con aguja y criosonda fue cercana al 80% (siendo mayor en la etiología tumoral no LFP). A pesar de ello, la criobiopsia mostró superioridad diagnóstica aportando inmunohistoquímica (IHQ) y paneles de secuenciación masiva (NGS) en el 60,7% de los casos frente al 20% de la TBNA. En un 25% de casos no hubo concordancia, correspondiendo éstos en su mayoría a casos de sarcoidosis, neumocosis, SLFP y TBC donde la TBNA únicamente mostraba ganglio normal, inflamación inespecífica o algún granuloma aislado, aportando el diagnóstico definitivo la criobiopsia.

En cuanto a los datos ecográficos de las adenopatías únicamente se encontró relación estadísticamente significativa con el diagnóstico positivo de la TBNA-EBUS en el caso de vascularización leve de la adenopatía ($p = 0,012$) pero no en la criobiopsia ganglionar ($p = 0,152$) y con una captación intensa en el PET-TAC para la TBNA-EBUS y la criobiopsia ($p = 0,01$ y $p = 0,008$ respectivamente).

Un mayor número de criobiopsias, no resultó estadísticamente significativo para el diagnóstico de etiología tumoral no LFP ($p = 0,7$) ni para el resultado de la IHQ ni NGS ($p = 0,17$).

Conclusiones

La mayor rentabilidad diagnóstica de la criobiopsia en nuestra muestra se encontró para cáncer de pulmón de células no pequeñas donde permitió ampliar IHQ y NGS. Igualmente en la patología benigna mostró mayor rentabilidad para observar granulomas y aislamiento microbiológico. En cuanto a los SLFP permite el diagnóstico fiable y la obtención del reordenamiento genético.

159. Experiencia y resultados en supervivencia en los pacientes trasplantados por EVOP versus otros tipos de hipertensión pulmonar en un centro trasplantador a lo largo de 13 años. Pedro Manso Tejerina¹, Carlos Andrés Quezada Loaiza¹, Virginia Luz Pérez González², Juan Margallo Iribarnegaray¹, Alicia De Pablo Gafas², Rodrigo Alonso Moralejo¹. *Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España, ²Madrid, Madrid, España*

Introducción

La Enfermedad Venooclusiva Pulmonar (EVOP) es una entidad que se presenta como un subtipo de Hipertensión Pulmonar (HP) grave, que puede llegar a requerir trasplante pulmonar. En este estudio, se analizan los resultados de supervivencia y los factores de riesgo de mortalidad en pacientes trasplantados por EVOP comparados con otros tipos de HP (1 y 4) en un centro trasplantador a lo largo de 13 años, con el objetivo de identificar las variables asociadas con la mortalidad.

Material y métodos

Se incluyeron 60 pacientes con diagnóstico de hipertensión pulmonar que se sometieron a un trasplante pulmonar en nuestro centro entre 2011 y mayo de 2024. Se excluyeron los pacientes con hipertensión pulmonar del grupo 2 y 3. Se analizó el diagnóstico previo de EVOP y el tipo de HP. Se recopilaron datos epidemiológicos, clínicos y diagnósticos; valores hemodinámicos y tratamiento previos al trasplante; complicaciones postoperatorias inmediatas (como fracaso renal agudo, definido como aumento de creatinina $\geq 0,3\text{mg/dl}$ u oliguria $< 0,5\text{ml/kg/h}$), así como variables de interés durante el ingreso. Además, se analizaron complicaciones en el seguimiento (infecciones, rechazo y enfermedad renal crónica, entre otras). Se analizaron las curvas de supervivencia utilizando el método Kaplan-Meier y se evaluaron los factores de riesgo para mortalidad con un análisis de regresión de Cox.

Resultados

Entre los 60 pacientes, un paciente (1,67%) tenía diagnóstico de HP del grupo 4 (el resto del grupo 1) y 23 pacientes (38,33%) fueron diagnosticados de EVOP previo al trasplante. Estos pacientes tienen diferencias en sus características basales respecto al resto de HP, como se evidencia en la tabla 1, tales como menor edad media ($p = 0,05$) y peor difusión pulmonar (DLCO) pretrasplante ($p < 0,001$). Se encontraron también diferencias clínicas, como mayor porcentaje de preferencia a nivel nacional ($p = 0,04$), mayor necesidad de ECMO como puente al Tx ($p = 0,017$), y mayor porcentaje de tratamiento con mono y doble terapia frente a triple terapia ($p < 0,001$). Por otro lado, en el postoperatorio inmediato se encontró menor sangrado intra-torácico ($p = 0,017$), menor porcentaje de reintervención quirúrgica torácica ($p = 0,05$), menor incidencia de fracaso renal agudo postoperatorio ($p = 0,005$) y menor necesidad de ventilación mecánica no invasiva en planta

($p = 0,0035$). En cuanto al seguimiento a largo plazo, se evidenció menor incidencia de cáncer ($p = 0,042$). En cuanto al análisis de supervivencia (tabla 2), se objetivó la edad como factor de riesgo independientes de mortalidad en el grupo de EVOP respecto al resto de HP. Se realiza análisis de Kaplan Meyer en función de presencia o no de EVOP (figura 1).

Conclusiones

Existen diferencias basales, postoperatorias y durante el seguimiento el grupo de pacientes trasplantados por EVOP respecto al resto de HP. La edad al trasplante puede ser un factor de riesgo independiente de mortalidad propio de trasplantados por EVOP.

162. Evolución del FEV1 durante el primer año tras una cirugía de resección pulmonar. Fátima Lorena Merchán Molero, Alejandro León Bayán, Ignacio Contreras Panero, Rocío García García, Jose Carlos Meneses Pardo, Pedro Daniel Benavides Mañas. *Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Madrid, España*

Introducción

Múltiples lesiones pulmonares son candidatas a intervención de resección pulmonar, ya sea con fines diagnósticos, terapéuticos o ambos. Los avances en las técnicas quirúrgicas y los cambios en los criterios de operabilidad han hecho que la supervivencia de estos pacientes se vea incrementada, siendo la recuperación funcional un aspecto clave en su evolución. Tras la cirugía el FEV1 (volumen del primer segundo de espiración forzada) se disminuye por múltiples factores, pero seguimos sin conocer con exactitud su evolución en los meses posteriores. Comprender estos cambios es fundamental para optimizar la selección de candidatos quirúrgicos y diseñar estrategias de rehabilitación pulmonar que mejoren la calidad de vida de estos pacientes.

El objetivo principal de este estudio fue analizar el FEV1 de paciente sometidos a diferentes resecciones pulmonares durante el primer año poscirugía.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo-analítico, longitudinal y prospectivo. Se incluyeron a todos los pacientes remitidos a cirugía de resección pulmonar por cualquier causa entre marzo del 2015 y agosto del 2016. Se excluyeron a todos los pacientes en los que finalmente no se realizó cirugía y a aquellos que rechazaron el seguimiento o no lo completaron. Se recogieron datos de 263 pacientes y la muestra final analizada consta de 90. Se realizó estadística descriptiva y analítica para comparar los subgrupos de pacientes en función del tipo de cirugía realizada y la evolución del FEV1.

Resultados

La media de edad fue 63,1 (9,7) años, siendo en su mayoría (57,7%) hombres. La comorbilidad más prevalente fue la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) (35,5%), si bien solo el 27,7% presentaba FEV1/FVC < 70 . El diagnóstico histológico más común fue adenocarcinoma [49 (54,4%)], seguido de carcinoma epidermoide [20 (22,2%)].

En la tabla 1 se muestran las características de la población en función del tipo de intervención. Destaca que la edad media fue menor en el grupo de neumectomías con respecto al de segmentectomías y lobectomías (59,2 y 63,5 años respectivamente), y que ninguno de los neumectomizados presentaban comorbilidad cardíaca. Con respecto a las pruebas de función preoperatorias (tabla 2), el FVC y el FEV1 fue significativamente mayor (p valor = 0,001 y 0,010 respectivamente) en aquellos que posteriormente se sometieron a segmentectomías y lobectomías. Además, el FEV1 fue significativamente menor en el grupo de neumectomizados con respecto a los otros dos grupos en los controles espirométricos al mes, tres meses, seis meses y al año.

Se realizó correlación de Pearson (figura 1) para analizar la tendencia del FEV1 en el seguimiento, observándose una correlación positiva muy alta cuando se comparaba el FEV1 en el primer mes posoperatorio con respecto al mes tres, seis y al año (p valor = 0,01; $r = 0,920$, $r = 0,890$ y $r = 0,888$ respectivamente).

Conclusiones

En nuestra muestra, el FEV1 se incrementa significativamente durante el primer año tras una cirugía de resección pulmonar.

Tabla 1 y tabla 2: descripción de la población en función del tipo de intervención quirúrgica.

Tabla 1. Características de la población en función del tipo de intervención realizada

	TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA			p valor ¹
	Segmentectomías + lobectomías n=82 (91.1%)	Bilobectomías n=3 (3.3%)	Neumonectomías n=5 (5.6%)	
Edad, media (DE)	63.5 (9.7)	57.7 (9.9)	59.2 (9.2)	0.386 ²
Sexo				0.900 ¹
Hombre, n (%)	47 (57.3%)	2 (66.7%)	3 (60%)	
Mujer, n (%)	35 (42.7%)	1 (33.3%)	2 (40%)	
IMC, media (DE)	27.7 (4.5)	29 (2.4)	28.9 (3.4)	0.772 ²
FRCV, n (%)	45 (54.9%)	2 (66.7%)	3 (60%)	0.902 ¹
Comorbilidad cardíaca ³ , n (%)	17 (20.7%)	1 (33.3%)	0	0.447 ²
Nunca, n (%)	16 (19.5%)	0	0	
Tabaquismo				
Fumador, n (%)	26 (31.7%)	0	0	
Exfumador, n (%)	40 (48.8%)	3 (100%)	5 (100%)	
IPA, media (DE)	39.6 (22.7)	26.7 (11.5)	55 (33.2)	0.220 ²
EPOC, n (%)	28 (34.1%)	1 (33.3%)	3 (60%)	0.501 ¹
Trastorno restrictivo, n (%)	3 (3.7%)	0	1 (20%)	
Insuficiencia respiratoria, n (%)	4 (4.9%)	0	0	
Diagnóstico histológico				
Epidermoide, n (%)	15 (18.3%)	1 (33.3%)	4 (80%)	
Adenocarcinoma, n (%)	47 (57.3%)	1 (33.3%)	1 (20%)	
Células grandes, n (%)	6 (7.3%)	0	0	
Metástasis, n (%)	4 (4.9%)	0	0	
Otros, n (%)	10 (12.2%)	0	0	

¹ p valor del test de Fisher; ² p valor del test ANOVA; ³ comorbilidad cardíaca según Brunelli: cirugía cardíaca previa, infarto agudo de miocardio previo, enfermedad coronaria previa, valvulopatía, hipertensión arterial, arritmia e insuficiencia cardíaca

IMC: índice de masa corporal (kg/m²); FRCV: factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia); IPA: índice paquetes año; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Tabla 2. Pruebas de función respiratoria en el primer año poscirugía

	TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA			p valor ¹
	Segmentectomías + lobectomías n=82 (91.1%)	Bilobectomías n=3 (3.3%)	Neumonectomías n=5 (5.6%)	
FVC (%) preoperatorio, media (DE)	103.3 (17)	100.3 (14.9)	73.2 (10.7)	0.001
FEV1 (%) preoperatorio, media (DE)	94.2 (19.2)	92.6 (17)	67 (12.3)	0.010
FEV1/FVC preoperatorio, media (DE)	73 (8)	74.5 (4.9)	74.1 (7.4)	0.908
DLCO (%) preoperatorio, media (DE)	85.1 (16.9)	94.9 (7.8)	71.6 (5.6)	0.118
FEV1 (%) 1 mes, media (DE)	74.5 (15.6)	70.1 (9.1)	52 (7.8)	0.007
FEV1 (%) 3 meses, media (DE)	82.8 (16.5)	79.7 (14.6)	57.3 (10.3)	0.012
FEV1 (%) 6 meses, media (DE)	85 (18.2)	79.2 (20.6)	56.1 (15)	0.010
FEV1 (%) 12 meses, media (DE)	88.2 (18.3)	80.3 (16.5)	59.8 (13.7)	0.010

¹ p valor del test ANOVA

FVC: capacidad vital forzada; FEV1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; DLCO: difusión pulmonar de monóxido de carbono.

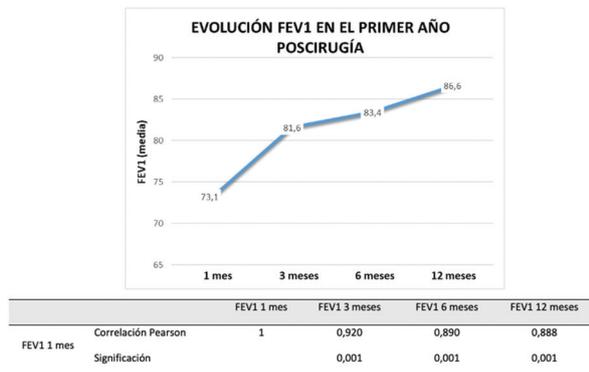


Figura 1. Evolución FEV1 y correlación.

168. Correlación entre la presión parcial de oxígeno y el contenido arterial de oxígeno para el diagnóstico de insuficiencia respiratoria.

Vanessa Gabriela Del Valle Gómez Siso, Marta Guajardo Madorran, Jose Daniel Cordero Márquez, Juan Pablo Utrilla Marchand, Manuel Mor Martínez, Walther Ivan Giron Matute. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid., Madrid, España*

Introducción

La presión parcial de oxígeno (PaO₂), es un indicador de la eficiencia del intercambio gaseoso desde los alvéolos pulmonares a la sangre arterial, mide porción de este gas disuelto en el plasma sanguíneo, siendo la variable por excelencia en el diagnóstico de la insuficiencia respiratoria tanto aguda como crónica para distintas patologías. Sin embargo, este parámetro sólo tiene en cuenta el oxígeno disuelto libre en la sangre, un 3% del total que participa en el metabolismo de los tejidos.

El contenido arterial de oxígeno (CaO₂) constituye un indicador sencillo, no invasivo y de fácil determinación del estado de oxigenación arterial en pacientes con insuficiencia respiratoria, el cual se calcula mediante una fórmula utilizando la hemoglobina (Hb) en donde por cada 1 g de Hb con saturación de 100% puede transportar 1.34 mL de oxígeno (representando el 97% del oxígeno transportado), como el oxígeno disuelto en plasma, el cual se encuentra en relación directa con la presión parcial de oxígeno, en la que por cada mmHg de presión parcial se disuelven 0.0031 mL de oxígeno, representando así 3% restante del oxígeno transportado. Calculándose mediante la siguiente fórmula: CaO₂ (mL/dL) = [Hb (g/dL) × 1.34 × SaO₂] + [PaO₂ (mmHg) × 0.0031], obteniéndose con ello valores normales del contenido arterial de oxígeno entre 18,3 y 21 mL/dL. El diagnóstico de la insuficiencia respiratoria requiere la presión parcial de oxígeno (PaO₂) sin tomarse en cuenta el CaO₂.

El objetivo de este trabajo se basa en evaluar la correlación entre PaO₂ y el CaO₂ y establecer su precisión para el diagnóstico de la insuficiencia respiratoria.

Material y métodos

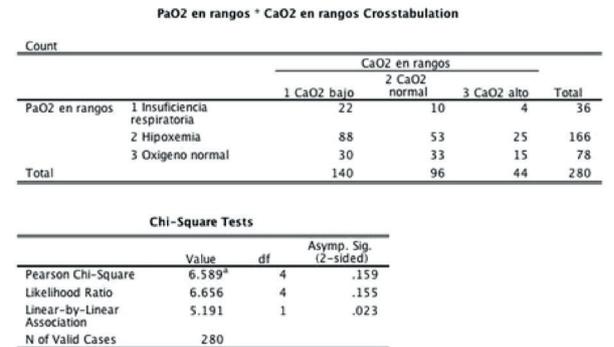
Se utilizó un diseño observacional, transversal y descriptivo, donde se llevó a cabo una revisión de las gasometrías realizadas en el laboratorio de pruebas funcionales respiratorias del Hospital Universitario Gregorio Marañón citadas para el diagnóstico de insuficiencia respiratoria entre enero y junio del 2024.

Las muestras fueron extraídas por personal de enfermería capacitado y procesado en un gasómetro para análisis de diagnóstico inmediato mediante Gem Premier 5000. Se registraron los niveles de PaO₂, Hb, y CaO₂.

Resultados

Se incluyeron 280 pacientes de los cuales en base a los valores de PaO₂, 36 tenían insuficiencia respiratoria, 166 hipoxemia y 78 se encontraban en rango normal. Se compararon estos valores con el CaO₂ como se puede observar en la figura 1.

Posteriormente, se realizó una comparación entre estos pacientes excluyendo todos aquellos con anemia y policitemia, presentado a continuación en la figura 2.



PaO2 en rangos * CaO2 en rangos Crosstabulation

Count	PaO2 en rangos	CaO2 en rangos			Total
		1 CaO2 bajo	2 CaO2 normal	3 CaO2 alto	
	1 Insuficiencia respiratoria	8	9	2	19
	2 Hipoxemia	19	52	20	91
	3 Oxígeno normal	0	30	14	44
Total		27	91	36	154

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.714 ^a	4	.001
Likelihood Ratio	24.749	4	.000
Linear-by-Linear Association	14.280	1	.000
N of Valid Cases	154		

Conclusiones

Existe una correlación positiva entre PaO2 y el CaO2 para el diagnóstico de la insuficiencia respiratoria, aunque en muchos casos, se encuentra una discordancia entre ambos, haciendo ambos parámetros complementarios para su uso en la práctica clínica habitual.

177. ¿Sigue siendo útil la biopsia cerrada con agujas clásicas en el diagnóstico de patología pleural? Experiencia en los últimos 18 meses. Pedro Manso Tejerina, Carmen Vizoso Gálvez, Raquel De La Sota Montero, Alba García Martínez, Raquel Pérez Rojo. *Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid., Madrid, España*

Introducción

La biopsia pleural es un procedimiento clave en el diagnóstico de enfermedades pleurales de origen diverso, incluidas neoplasias, infecciones como la tuberculosis, y trastornos inflamatorios. Nuestro centro sigue apostando por la biopsia pleural cerrada con agujas clásicas (agujas de Ramel, Cope o Abrahams) en casos de pacientes sin engrosamiento pleural focal o con engrosamiento pleural difuso, con la ventaja de permitir realizar toracocentesis evacuadora en el mismo acto. En nuestro centro, se llevó a cabo una revisión de los casos de biopsias pleurales cerradas con agujas clásicas realizadas en los últimos 18 meses con el objetivo de evaluar la efectividad del procedimiento, las complicaciones asociadas y los resultados diagnósticos obtenidos.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes sometidos a biopsia pleural cerrada con agujas clásicas en un hospital terciario entre mayo de 2023 y diciembre de 2024. Se incluyó información sobre sexo, edad, sospecha diagnóstica inicial, tratamiento anticoagulante o antiagregante, características del derrame pleural (extensión y lateralidad), número de muestras obtenidas, resultado de toracocentesis, complicaciones, y diagnóstico final. Los datos fueron analizados mediante estadísticas descriptivas.

Resultados

Se incluyeron un total de 25 pacientes, con una media de edad de 67.9 años (tabla 1). La distribución por sexo fue 76% masculino y 24% femenino. La principal sospecha diagnóstica inicial fue neoplasia (52%), seguida de tuberculosis (40%) e inflamación (8%). El 20% de los pacientes estaban bajo tratamiento anticoagulante y el 12% con antiagregante. La lateralidad del derrame fue derecha en el 40% de los casos. Se obtuvieron un promedio de 5.8 muestras de biopsia por paciente. En la toracocentesis, el 88% presentó exudado mononuclear y el 12% exudado con predominancia de células polimorfonucleares. Todos los procedimientos con biopsia cerrada se realizaron con aguja de Ramel. El diagnóstico por biopsia pleural cerrada fue positivo en 44% de los casos, con neoplasia como diagnóstico más frecuente (72.7%), seguida de inflamación (54.5%) y tuberculosis (18.2%). La tasa de complicaciones fue de un 8% de cuadros vasovagales y un 4% de neumotórax. En 8% de los casos, no se obtuvo tejido pleural adecuado para diagnóstico. En cuanto al diagnóstico final, la biopsia pleural fue determinante en el 44% de los casos, mientras que en el 4% se utilizó VATS y en el 4% se alcanzó un diagnóstico clínico o extrapulmonar.

Conclusiones

La biopsia pleural cerrada con aguja clásica demuestra ser un procedimiento efectivo y seguro para el diagnóstico de enfermedades pleurales, con un rendimiento diagnóstico moderado, especialmente en casos de neoplasia y tuberculosis. Las complicaciones son generalmente menores. La biopsia pleural se confirma como una herramienta diagnóstica útil, aunque en algunos casos, otros métodos como VATS pueden complementar los hallazgos.

Tabla 1. Características y resultados de biopsias pleurales realizadas a lo largo de 18 meses

Categoría	n (%)
Sexo	
Hombre	19 (76%)
Mujer	6 (24%)
Edad	67.92 (17.36)
Sospecha dx inicial	
Neoplasia	13 (52%)
Tuberculosis	10 (40%)
Inflamatoria	2 (8%)
Anticoagulación	
No	20 (80%)
AVK	1 (4%)
HBPM	1 (4%)
NOACS	3 (12%)
Antiagregación	
No	22 (88%)
ASA	3 (12%)
Ecografía	25 (100%)
Extensión de derrame pleural	
1/3	8 (32%)
Mitad	14 (56%)
Todo	3 (12%)
Aguja de biopsia pleural	
Ramel	25 (100%)
Número de biopsias pleurales	5.82 (2.5)
Toracocentesis	
Exudado mononuclear	22 (88%)
Exudado no mononuclear	2 (8%)
Eosinofílico	1 (4%)
Lateralidad de derrame pleural	
Izquierda	10 (40%)
Derecha	10 (40%)
Bilateral	5 (20%)

(Continúa)

Tabla 1. Características y resultados de biopsias pleurales realizadas a lo largo de 18 meses (continuación)

Categoría	n (%)
Lateralidad de Bx	
Izquierda	12 (48%)
Derecha	13 (52%)
Complicaciones	
No	22 (88%)
Neumotórax	1 (4%)
Vasovagal	2 (8%)
Diagnóstico por Bx pleural	
Sí	11 (44%)
No	14 (56%)
AP de Bx pleural	
Neoplasia	8 (32%)
Tuberculosis	2 (8%)
Inflamatoria	6 (24%)
Otras	1 (4%)
No diagnóstica	8 (32%)
Diagnóstico final	
Neoplasia	10 (40%)
Tuberculosis	5 (20%)
Inflamatoria	6 (24%)
No diagnóstico	4 (16%)
AP no pleural	
Sí	2 (8%)
No	23 (92%)
Método dx final	
Bx pleural	11 (44%)
VATS	1 (4%)
Dx extrapulmonar	1 (4%)
Clínico	9 (36%)
Otras	3 (12%)

AVK = Antagonistas de la vitamina K. HBPM = Heparinas de Bajo Peso Molecular, NOACS = Nuevos Anticoagulantes Orales, ASA = Ácido Acetilsalicílico. AP = Anatomía Patológica. VATS = Videotoracoscopia.

5. La disfunción de la pequeña vía predice el desarrollo a largo plazo de limitación al flujo aéreo en pacientes con infección por VIH. Belén Sanz Sanjosé¹, Belén Romero Campos², Raquel Casitas Mateo², Raúl Galera Martínez³, Elisabet Martínez Cerón², Francisco García Río³. ¹Hospital Universitario La Paz, Madrid., Madrid, España, ²Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, ³Madrid., Madrid, España

Introducción

Introducción: Desde la instauración de la terapia antirretroviral de gran acción, las complicaciones crónicas de la infección por VIH han adquirido una particular relevancia, entre las que destaca el desarrollo precoz de EPOC.

Objetivo: Evaluar si la disfunción de la pequeña vía (DPV) supone un factor de riesgo para limitación al flujo aéreo (LFA) en pacientes infectados por VIH.

Material y métodos

De 93 pacientes consecutivos con infección por VIH, se seleccionaron aquellos sin evidencia de LFA. Además de las características clínicas, se realizó espirometría y capacidad de difusión de CO (DLCO), según la normativa ERS/ATS y con los valores de referencia GLLI. La DPV fue evaluada mediante oscilometría de impulsos (Carevision, Viasys), según la normativa ERS y utilizando los valores de referencia de Oostveen. Se consideró DPV ante la presencia de resistencia a 5 HzR5, R5-R20 y AX sobre su límite superior de la normalidad (criterio de Friedeman). Los pacientes fueron tratados por sus médicos habituales según las recomendaciones vigentes y se repitió la espirometría a los 8 ± 1 años.

Resultados

Se evaluaron 55 varones y 22 mujeres, 49 ± 7 años, BMI 24.3 ± 3.9 Kg/m², 35 fumadores activos (45.5%) y 16 exfumadores (20.8%), con un consumo acumulado de 22 ± 12 paquetes x año. Años con VIH 18 ± 9, carga viral 17.6 ± 73.2 copias/ml, CD4 635 ± 256 células/mm³. Cincuenta pacientes (65%) tenían evidencia de DPV en la evaluación basal, mientras que después del periodo de seguimiento, existía evidencia de LFA en 20 enfermos (26%). El desarrollo de LFA resultó más frecuente en pacientes con DPV (44 vs. 11%, p = 0.014). A su vez, la DPV se asoció con LFA a largo plazo, tanto en el análisis crudo (OR 6.18, IC95% 1.25-30.63, p = 0.026) como ajustado por sexo, edad, BMI, paquetes x año, FEV1, DLCO previas, carga viral y CD4 basales (OR ajustada 9.17, IC95% 1.00-83.77, p = 0.049). Los parámetros oscilométricos relacionados independientemente con el desarrollo de LFA fueron R5-R20 (OR ajustada 1.06, IC95% 1.00-1.12, p = 0.046) y X5 (OR ajustada 1.01, IC95% 1.00-1.13, p = 0.049), justificando más de un 80% de la variación (r² = 0.877).

Conclusiones

En pacientes con infección por VIH, la DPV supone un factor de riesgo independiente para el desarrollo a largo plazo de limitación al flujo aéreo.

6. Valor pronóstico de la oscilometría y del óxido nítrico bicompartimental para el riesgo de alteraciones funcionales compatibles con enfisema en pacientes infectados por VIH. Clara Crespo Catalán¹, Belén Romero Campos², Raquel Casitas Mateo², Raúl Galera Martínez², Elisabet Martínez Cerón², Francisco García Río². ¹Hospital Universitario La Paz, Madrid., Madrid, España, ²Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Introducción

Objetivo: Comparar la rentabilidad pronóstica de la NO bicompartimental y de la IOS en la identificación del riesgo a largo plazo de limitación al flujo aéreo con disminución de la capacidad de difusión de CO (DLCO) en pacientes con infección por VIH.

Material y métodos

Se seleccionaron 77 pacientes (22 mujeres) consecutivos con infección por VIH estable, que presentaban una espirometría y DLCO normales. Se realizó IOS (Carefusion, Viasys) y se determinó el NO a tres flujos (30, 150 y 300 ml/s) (CLD88, EcoMedics), calculando la concentración alveolar de NO (CANO) según el modelo no lineal de Hogman. Se consideró que existía disfunción de la pequeña vía (DPV) por IOS cuando la resistencia a 5 Hz (R5), su diferencia con la resistencia a 20 Hz (R5-20) y el área de reactancia (AX) eran > LSN (criterio Friedman). Por NO, la DPV se definió ante una CANO > 2 ppb. A los 8 años, se repitió espirometría y DLCO en todos los sujetos, según recomendaciones ERS/ATS y utilizando los valores de referencia GLLI.

Resultados

En la valoración inicial, 50 pacientes tenían evidencia de DPV por IOS (65%), mientras que sólo 17 (22%) por CANO. Después del periodo de seguimiento de 8 ± 1 años, se evidenció limitación al flujo aéreo (LFA) con DLCO baja en 14 enfermos (18%). La presencia de DPV por IOS en situación basal resultó más frecuente en pacientes que presentaron LFA con DLCO baja (68.5 vs. 7.7%, p = 0.036). De igual modo, la presencia de una CANO elevada en la evaluación basal también fue más frecuente en los pacientes que desarrollaron LFA con DLCO baja (80 vs. 6.3%, p = 0.002). Tanto la DPV por IOS como por CANO fueron factores de riesgo para LFA con DLCO baja (OR 6.18, IC95% 1.25-30.63, p = 0.026; OR 23.3, IC95% 4.5-120.9, p < 0.001,

respectivamente). Sin embargo, en el análisis multivariante incluyendo ambas variables junto con edad, sexo BMI, paquetes x año, FEV1, DLCO previas, carga viral y CD4 basales, sólo se retuvo a la CANO como factor de riesgo independiente (OR ajustada 21.5, IC95% 1.05-56.0, p = 0.042).

Conclusiones

La concentración alveolar de óxido nítrico tiene mayor capacidad pronóstica que la oscilometría para identificar riesgo de alteraciones funcionales compatibles con enfisema en pacientes con infección por VIH.

8. Perfil de expresión diferencial de miRNAs en la estimación del riesgo de cáncer de pulmón no microcítico de pacientes incluidos en un programa de cribado. Paula Villaverde Rebenaque¹, Raquel Casitas Mateo², Ana Arauzo Cabrera¹, Olga Pernía², Olga Vera³, Francisco García Río⁴. ¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, ²Madrid, Madrid, España, ³INGEMM, Madrid, España, ⁴IdiPAZ, Madrid, España

Introducción

Objetivo: Evaluar la capacidad discriminativa de la expresión diferencial de diferentes miRNAs para estimar el riesgo de cáncer de pulmón no microcítico.

Material y métodos

De los pacientes incluidos en el programa de cribado de cáncer de pulmón de nuestro centro, se seleccionaron aquellos en los que se estableció un diagnóstico final de cáncer. Como grupo control, se reclutaron 10 pacientes del programa de cribado, sin evidencia final de cáncer y homogéneos en sexo, edad, tabaquismo y FEV1. Se extrajo el ARN de muestras de exudado bucoepitelial obtenido con torundas por el método de tiocianato de guanidina. Se realizó retrotranscripción inversa de los miRNAs con el kit "TaqMan Advanced miRNA assays for tissue samples" (A28007, Applied Biosystems), empleando el termociclador Eppendorf Mastercycler Nexus Gradient Thermal Cyclers. Una vez finalizada la retrotranscripción, se cuantificaron mediante qRT-PCR los niveles de expresión del miR-55745, miR-124, miR-21-3p, miR-9-3p, miR-323b-3p, miR-323a-3p y miR-1269a a través del programa StepOnePlus.

Resultados

En la totalidad de la muestra evaluada, predominaban los varones (59%), de edad media (64 ± 6 años), exfumadores (60%), con limitación al flujo aéreo (58%). Sin presentar diferencias significativas entre los subgrupos con y sin cáncer de pulmón. De los miRNAs explorados, en los pacientes con cáncer, se evidenció una mayor expresión diferencial del miR-55745 (0.055 [0.002-0.108] vs. 0.040 [0.010-0.155], p = 0.022) y menores expresiones del miR-124 (0.088 [0.044-0.131] vs. 0.205 [0.096-0.443], p = 0.037) y miR-323b-3p (0.00 [0.00-0.001] vs. 0.002 [0.00-0.006], p < 0.001). La expresión del miR-323b-3p no se relacionó con las características antropométricas, tabaquismo, clínicas, funcionales o morfológicas de los pacientes, y la reducción de su expresión se asoció independientemente con un mayor riesgo de cáncer, tanto en el análisis combinado de los tres miRNAs (OR 94, IC95% 2-3601, p = 0.014), como ajustado por paquetes x año y FEV1 (OR 92, IC95% 2-3518).

Conclusiones

El miRNA 323b-3p podría ser un biomarcador útil en la estimación de riesgo de cáncer de pulmón de pacientes incluidos en un programa de cribado, aunque requiere su validación en cohortes externas.

29. Derrames pleurales: comparación según celularidad y su impacto en la supervivencia. Milangela Rodríguez Valdivieso¹, Raul Moreno Zabaleta¹, Lucía Cid Bustillo², Rosa López De Sagredo Paredes¹, Alejandro Moreno Segura¹, Manuel Rocamora Marhuenda¹. ¹Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid., San Sebastián De Los Reyes, España, ²Universidad Europea Madrid, Madrid, España

Introducción

Los derrames pleurales pueden desarrollarse como resultado de más de 50 trastornos pleuropulmonares o sistémicos diferentes, tanto de etiología benigna como maligna, siendo las causas más comunes por insuficiencia cardíaca, paraneumónico, neoplásico y tuberculosis. Nos plantemos como objetivo de este estudio determinar las características clínicas del derrame pleural, como objetivo secundario comparar derrames pleurales según predominio de celularidad, sus implicaciones diagnóstico-terapéutica y supervivencia.

Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo, en una cohorte de pacientes ingresados en el Hospital Universitario Infanta Sofía desde enero 2009 hasta diciembre del 2018 con diagnóstico de derrame pleural. Las variables analizadas fueron: demográficas, analíticas, microbiología, radiológicas, procedimientos realizados y supervivencia. Análisis estadístico con SPSS 20.0. Variables cuantitativas: reflejadas en medias, medianas, rango intercuartílico y desviación estándar. Variables categóricas: frecuencias absolutas y relativas. Asociación entre variables categóricas apareadas con prueba de chi cuadrado y entre variables categóricas y cuantitativas apareadas con prueba de t student y U de Mann Whitney y análisis de supervivencia a través de log-Rank.

Resultados

Se incluyeron 110 pacientes, cuyas características se describen en la tabla 1. La edad promedio global fue de 62 años, siendo más jóvenes los de predominio PMN. La proteína C reactiva fue significativamente más alta en el grupo PMN (0,000), así como los neutrófilos (0,000). Este mismo grupo presentó en el líquido pleural menor pH (0,00), menores niveles de glucosa (0,009) y mayores niveles de triglicéridos (0,008) y LDH (0,00), siendo estos resultados estadísticamente significativos. El grupo PMN presentó más aislamientos microbiológicos, mientras que grupo LMN tuvo un mayor número de citología positiva y una mayor realización de biopsias pleurales. El diagnóstico etiológico más frecuente en el grupo PMN fue paraneumónico (71%) y en el grupo LMN fue neoplásico (47%) presentando este mismo grupo mayor recidiva, mayor mortalidad y una mediana de supervivencia menor (42 meses vs 60 meses, p = 0,01) con respecto a grupo PMN.

Conclusiones

Los grupos presentaron diferencias significativas en parámetros clínicos y microbiológicos, destacándose una mayor mortalidad y recidiva a los 3 meses en el grupo LMN. Globalmente, el derrame pleural de predominio de PMN está asociado con mayor tiempo de supervivencia en comparación con linfocitos.

Tabla 1. Características de derrames pleurales

Variables analizadas	Total (n = 110)	Predominio celularidad		p
		PMN (n = 48)	LMN (n = 62)	
Edad (± DE)	62 (± 16.2)	58 (± 15,7)	64 (± 16.3)	0,04
Sexo				0,99
Hombre	39 (35%)	17 (35%)	22 (35,5%)	
Mujer	71 (64 %)	31 (65%)	40 (64,5%)	
Tabaquismo				0,06
Fumadores o Exfumadores	77 (70%)	38 (79%)	39 (63%)	
No fumadores	33 (30%)	10 (21%)	23 (37%)	

(Continúa)

Tabla 1. Características de derrames pleurales (continuación)

Variables analizadas	Total (n = 110)	Predominio celularidad		p
		PMN (n = 48)	LMN (n = 62)	
Comorbilidades				
Hipertensión arterial	43 (39%)	15 (31%)	28 (45%)	0,13
Diabetes mellitus	15 (14%)	6 (12,5%)	9 (14,5%)	0,76
Dislipemia	24 (22%)	10 (21%)	14 (22,6%)	0,82
Cardiopatía	20 (18%)	7 (15%)	13 (21%)	0,38
Insuficiencia renal crónica	6 (5,5%)	1 (2%)	5 (8,1%)	0,17
Hepatopatía	6 (5,5%)	4 (8%)	2 (3,2%)	0,24
EPOC	22 (20%)	9 (19%)	13 (21%)	0,77
Inmunosupresión	3 (2,7%)	1 (2%)	2 (3,2%)	0,71
Antecedente oncológico	15 (14%)	4 (8%)	11 (17,7%)	0,15
Hemograma sérico				
Hemoglobina - mg/dl	13,1 (± 1,93)	12,9 (± 1,84)	13,2 (± 2)	0,46
Neutrófilos - 10 ³ /μL	8,6 (13,42-6,5)	11,95 (16,17- 8,95)	7,1 (9 – 5,25)	0,000
Linfocitos - 10 ³ /μL	1,5 (1,8-1)	1,3 (1,7-0,9)	1,3 (1,8-1)	0,60
Plaquetas - 10 ³ /μL	302 (401-242,2)	333,5 (454,7-255,2)	302 (380-219,2)	0,09
Bioquímica sérica				
LDH - U/L	206 (243,5-146,5)	195 (241-139)	209,2 (247,2-152,5)	0,62
Proteínas totales - g/dl	6,9 (± 0,94)	7 (± 1,07)	6,9 (± 0,82)	0,53
Proteína C reactiva - mg/L	128,55 (± 115)	190 (± 122)	75 (± 74)	0,000
pH líquido pleural (RIQ)	7.32 (7,41-7,08)	7.08 (7,32-6,72)	7.38 (7,43-7,31)	0,000
Bioquímica líquido pleural				
Glucosa -mg/dl	84 (± 60)	67 (± 71)	97 (± 45,8)	0,009
LDH - U/L	544 (1398-258)	1370 (2441-375)	355 (703-208)	0,000
Proteínas - g/dl	4,5 (± 1,1)	4,4 (± 1,1)	4,5 (± 1,1)	0,83
Adenosina deaminasa - U/L	32 (67,5-19)	46 (109-27)	31,5 (47,5-22)	0,017
Triglicéridos - mg/dl	61 (61,5-23,75)	60,5 (71-31,75)	(61,5-23,75)	0,008
Colesterol - mg/dl	92 (± 33)	90,2 (± 33)	93 (± 33)	0,73
Aislamiento microbiológico				
Positivo	16 (14,5%)	11 (23%)	5 (8%)	0,028
Citología líquido pleural				
Positivo	17 (15,5%)	3 (6,2%)	14 (23%)	0,01
Biopsia pleural				
Positiva	27 (24,5%)	2 (4%)	25 (40%)	0,69
Tamaño				
Pequeño	29 (26%)	17 (35%)	12 (19%)	0,058
Medio o grande (> 1/3 hemitórax)	81 (74%)	31 (65%)	50 (81%)	
Derrame loculado	39 (35,5%)	28 (58,3%)	11 (18%)	0,000
Drenaje torácico	41 (37,3%)	32 (66,7%)	41 (37,3%)	0,000
Fibrinólisis	19 (17,3%)	16 (33,3%)	3 (5%)	0,000
Recidiva en 3 meses	27 (24,5%)	7 (14,6%)	20 (32,3%)	0,033
Duración de ingreso (días)	10 (± 6,7)	12,75 (± 7,1)	8,7 (± 6)	0,002
Mortalidad intrahospitalaria	14 (13%)	2 (4%)	12 (19%)	0,018
Mortalidad por todas las causas	53 (48%)	16 (33%)	37 (60%)	0,006

PMN = Polimorfonucleares. LMN = Linfomononucleares. DE = desviación estándar. RIQ = rango intercuartílico. LDH = lactato deshidrogenasa. SARM = *Staphylococcus aureus* meticilina resistente.

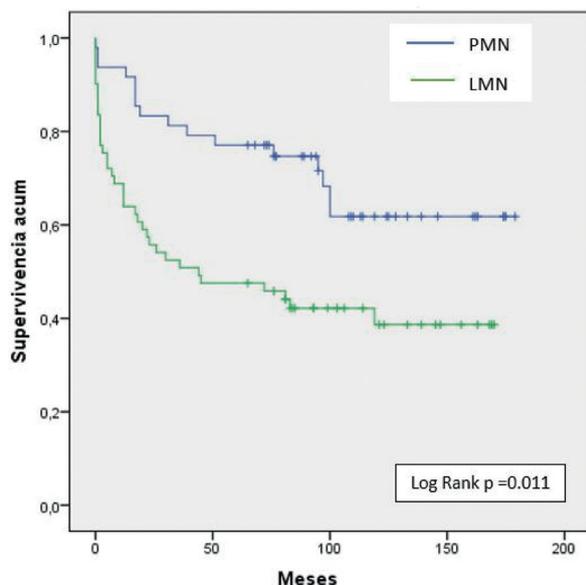


Gráfico 1. Análisis de supervivencia según celularidad

32. Resultados de la EBUS-TBNA en el diagnóstico de cáncer broncogénico y motivos por los que se repite el procedimiento en nuestra unidad. César Araque Molina, Ismael Ali García, Silvia Martín Bote, David Martos Ruiz, Jorge Rabago Castro, María Jesús Buendía García. *Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, Madrid, España*

Introducción

Actualmente la EBUS-TBNA es aceptado ampliamente en la estadificación y diagnóstico del cáncer broncogénico. Presenta un alto rendimiento diagnóstico con alta sensibilidad y especificidad en unidades experimentadas. Sin embargo, entre un 10-15% es no concluyente, por lo que el objetivo de este estudio es evidenciar la rentabilidad diagnóstica de la repetición del EBUS.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo, se incluyeron pacientes a los que se les repitió la EBUS de octubre de 2021 a octubre de 2024, para el estudio de lesiones torácicas sospechosas de malignidad. Se analizaron principalmente los resultados de anatomía patológica, el motivo por el cual se repite el procedimiento y su rentabilidad diagnóstica. Otras variables analizadas fueron datos demográficos, adenopatías en TC de tórax y adenopatías biopsiadas.

Resultados

De un total de 169 EBUS realizados, 22 (13%) se repitieron por falta de diagnóstico concluyente: 2 por muestra insuficiente (9%), 10 por ausencia de malignidad en la muestra (45,5%) y 10 por necesidad de ampliar estudio molecular (45,5%). Estos pacientes presentaban una media de edad de $67,3 \pm 11,5$ años, 56,5% eran varones. Un 34,8% tenían EPOC y 30,4% presentaban algún antecedente oncológico previo. Las adenopatías en TAC más frecuentes fueron: región 7 (73,9%) y región 4R (65,2%). Las adenopatías más biopsiadas fueron la región 7 (43,5-47,5%) y la 11R (43,5-34,8%). Tras la repetición de la EBUS se obtuvieron diagnóstico de malignidad en 11 de los pacientes rebiopsiados (50%). Siendo el adenocarcinoma el más frecuente (72,7%), seguido del carcinoma escamoso (27,3%). El intervalo de repetición entre EBUS fue menor de 1 mes.

Conclusiones

- La EBUS presenta una alta sensibilidad para el diagnóstico de carcinoma broncogénico.
- La repetición de una segunda EBUS nos proporciona un aumento en la sensibilidad del diagnóstico y nos permite ampliar el estudio molecular.
- La utilización de la CRIO-EBUS podría ser de utilidad para evitar la repetición de la EBUS-TBNA.

36. Evaluación de la utilidad del uso de planificador junto con EBUS radial en el diagnóstico del nódulo pulmonar periférico en base a la localización del nódulo. David Martos Ruiz¹, Gabriella Manzanara Cavin², José Javier García López², Paola Antonella Benedetti², Rafael Marulanda Melo², Luis Puente Maestu². ¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, Madrid, España, ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Introducción

La lesión pulmonar periférica representa un reto diagnóstico en Neumología. El acceso con broncoscopio convencional o ecobroncoscopio hacia la vía aérea distal, con visión directa, está limitado por el calibre del árbol bronquial. El uso de sonda de ecografía radial permite la localización de algunas de estas lesiones periféricas, aún sin tener visualización directa de las mismas. El objetivo de nuestro estudio es determinar si el uso de planificador en EBUS radial permite un mayor rendimiento diagnóstico de estas lesiones.

Material y métodos

Estudio descriptivo en un hospital universitario de tercer nivel. Se incluyeron de forma consecutiva los pacientes con indicación de ecografía radial endoscópica para estudio de lesión pulmonar periférica entre los meses de enero y noviembre del 2024. Se recogieron las variables edad, sexo, tamaño del nódulo, distancia con respecto a la pleura, localización pulmonar y uso o no del planificador Archimedes (Broncus Inc.). Se emplearon broncoscopios flexibles de la marca Olympus, con canal de trabajo de 1,7, 2,2 ó 2,8 mm, con sonda de ecografía radial Olympus modelo Ultrasonic Probe UM-S20-17S. Se realizó análisis estadístico con SPSS.

Tabla 1.

Tabla 1		% Diagnóstico	p	Test
Distancia pleura < 10 mm	Sin planificador	40	0.414	Fisher
	Con planificador	61.54		
Distancia pleura > 10 mm	Sin planificador	53.85	0.203	Fisher
	Con planificador	22.22		
Diámetro < 20 mm	Sin planificador	28.57	0.47	Fisher
	Con planificador	0		
Diámetro > 20 mm	Sin planificador	56.25	0.88	χ^2
	Con planificador	58.82		
Lóbulos superiores	Sin planificador	58.33	0.54	χ^2
	Con planificador	45.45		
Lóbulo medio/lingula	Sin planificador	33.33	0.524	Fisher
	Con planificador	75		
Lóbulos inferiores	Sin planificador	40	1	Fisher
	Con planificador	28,58		

Resultados

Se incluyó un total de 45 pacientes, de los cuales 21 fueron varones. La edad media fue de 69.36 ± 9.70 años. Del total de pacientes, 22 fueron con planificador y 23 sin planificador. Se logró diagnóstico en el 46.67% de pacientes, siendo el 47.62% del total de diagnósticos tras el uso de planificador. Se observó mejor rendimiento en distancia a pleura < 10 mm y en localización en lóbulo medio o lingula, pero sin alcanzar significación estadística. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de variables analizadas (Tabla 1).

Conclusiones

En nuestra serie se observa mayor rentabilidad del planificador en lesiones localizadas cercanas a pleura, o en lóbulo medio lingula, aunque sin significación estadística. En el resto de lesiones no se encuentran diferencias en la rentabilidad diagnóstica con o sin utilización previa del planificador.

73. Características de las bronquiectasias detectadas por tomografía computarizada de tórax de baja dosis de radiación en pacientes incluidos en un programa de detección precoz de cáncer de pulmón (DEPRECAP).

Karen Lozano Policrioades, María Mercedes Morante Tinoco, Carolina Gotera Rivera, María Jesús Rodríguez Nieto, Javier Alfayate Sánchez, Marcel Jose Rodríguez Guzmán. *Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España*

Introducción

Las bronquiectasias (BQ) representan la tercera enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea, después de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma. Su presencia se asocia con exacerbaciones y una mayor limitación del flujo aéreo. En 2018, tras 4 años de la puesta en marcha del programa de detección precoz de cáncer de pulmón (DEPRECAP), analizamos las características de los pacientes con presencia de bronquiectasias en el TAC torácico de baja dosis de radiación (TBD), ahora tras 10 años de seguimiento, hemos hecho un nuevo análisis con la finalidad de determinar las principales características asociadas a la presencia de BQ en nuestra cohorte.

Material y métodos

Se realizó un análisis descriptivo, transversal y retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes incluidos en el Registro DEPRECAP desde 2014 hasta 2024. 1.667 tenían un TBD hecho en el momento del análisis. Los criterios de inclusión en DEPRECAP son: edad entre 55 y 75 años, ser fumador o exfumador con menos de 15 años desde el cese del hábito tabáquico, un índice paquete-año (IPA) superior a 30 y la presencia de enfisema pulmonar y/o EPOC.

Resultados

La prevalencia de bronquiectasias en la cohorte es del 11,75% (n = 196) en su mayoría de aspecto cilíndrico, el 54,59% unilaterales y no clínicamente significativas. Las características generales se describen en la tabla 1. El 91% de los pacientes tuvieron una o ninguna exacerbación en el año previo y solo en 5,62% requirieron al menos un ingreso en el año previo. En 6 pacientes se obtuvieron muestras de cultivos positivos, siendo el principal germen aislado la *Pseudomonas Aeruginosa*, seguido de *Micobacterias atípicas* (*M. Abscesus*) y *Klepsiella Pneumoniae*. La presencia de obstrucción al flujo aéreo definido por un cociente FEV1/FVC < 0.7 se observó en 51% de los pacientes con un FEV1 medio del 83,57% y la presencia de enfisema en el 75% de los pacientes sin repercusión en los valores de DLCO. La comparación según la presencia de EPOC se describe en la tabla 2.

Conclusiones

La prevalencia de bronquiectasias en la cohorte DEPRECAP es alta, similar a la descrita en otras cohortes. Su presencia se asocia a enfisema pulmonar y la EPOC, aunque en grado leve (GOLD 1) y paucisintomáticas. Los cultivos rutinarios lograron detectar en el 3% de las MPP que requirieron tratamientos antibióticos específicos, principalmente *Pseudomonas Aeruginosa*. Estos hallazgos se observaron principalmente en pacientes con alteración al flujo aéreo.

Tabla 1. Características generales de las bronquiectasias

Variables	n = 196
Edad (años)	63,81 \pm 6,14
Hombres, n (%)	116 (59,18)
Fumadores, n (%)	125 (63,77)
Historia de tabaquismo (IPA)	48,66 \pm 21,20
IMC (kg/m ²)	28,49 \pm 5,33
Pruebas de función pulmonar	
FEV1 % predicho	83,57 \pm 21,02
DLCO (%)	83,88 \pm 18,75
EPOC, n (%)	100 (51,02)
TC de tórax	
Enfisema pulmonar, n (%)	147 (75,00)
Localización de bronquiectasias	
Unilateral, n (%)	107 (54,59)
Lóbulos inferiores, n (%)	53 (27,04)
Lóbulos superiores, n (%)	21 (10,71)
Bilateral, n (%)	12 (6,12)
No descrito, n (%)	3 (1,53)
Apariencia de bronquiectasias	
Cilíndricas, n (%)	70 (35,71)
Varicosas, n (%)	5 (2,55)
Quísticas, n (%)	5 (2,55)
Post-TB, n (%)	27 (13,77)
Bronquioloectasias, n (%)	23 (11,73)
Combinadas*, n (%)	7 (3,57)
No descrito, n (%)	60 (30,61)
Hipersecreción de moco	
No, n (%)	115 (58,67)
< 30 ml/día, n (%)	73 (37,24)
\geq 30 ml/día, n (%)	5 (2,55)
Sin datos, n (%)	3 (1,53)
Disnea (escala mMRC)	
0-1, n (%)	171 (80,24)
II-IV, n (%)	17 (8,67)
Sin datos, n (%)	8 (4,08)
Exacerbaciones en el último año	
0-1, n (%)	179 (91,3)
2, n (%)	8 (4,08)
> 3, n (%)	5 (2,55)
Sin datos, n (%)	4 (2,04)
Exacerbaciones con ingreso hospitalario	
0, n (%)	181 (92,34)
1, n (%)	9 (4,59)
2, n (%)	2 (1,02)
Sin datos, n (%)	4 (2,04)

Tabla 2. Comparación de las bronquiectasias según la presencia de EPOC

Variables	Bronquiectasias con EPOC (n = 100)	Bronquiectasias sin EPOC (n = 96)
Edad (años)	64,13 ± 6,42	63,81 ± 6,03
Hombres, n (%)	65 (65,00)	49 (51,04)
Fumadores, n (%)	61 (61,00)	62 (64,58)
Historia de tabaquismo (IPA)	48,33 ± 21,23	49,02 ± 21,20
IMC (kg/m ²)	28,34 ± 6,49	26,94 ± 6,14
TC de tórax		
Enfisema pulmonar, n (%)	81 (81,00)	58 (60,41)
Pruebas de función pulmonar		
FEV1 % predicho	82,78 ± 16,87	83,56 ± 16,84
DLCO (%)	82,96 ± 15,87	83,74 ± 15,04
Exacerbaciones con ingreso hospitalario		
1-2, n (%)	12 (12,00)	4 (4,16)
Exacerbaciones sin ingreso hospitalario		
1-2, n (%)	11 (11,00)	8 (8,33)
> 3, n (%)	3 (3,00)	2 (2,08)
Colonización bacteriana		
Pseudomonas aeruginosa	3 (3,00)	1 (1,8)
Mycobacterium Abscesus	1 (1,00)	0
Klebsiella pneumoniae	1 (1,00)	0
Antibioticoterapia inhalada	1 (1,00)	0
Análisis de sangre		
PCR (mg/L)	0,69 ± 0,53	0,49 ± 1,80
Fibrinógeno (mg/dL)	450,51 ± 89,81	429,65 ± 84,39
Fenotipo déficit de α-1-antitripsina SZ	1	0
Fenotipo déficit de α-1-antitripsina MS	1	0

81. Perfil de seguridad de la criobiopsia transbronquial pulmonar en sospecha de EPID en una unidad de broncoscopia. María Alejandra Castillo Ramírez, Paula Villaverde Rebenaque, Pablo Mariscal Aguilar, María Hidalgo Sánchez, Sergio Alcolea Batres, Grupo De Trabajo Neumología Intervencionista Hulp. Hospital Universitario La Paz, Madrid., Madrid, España

Introducción

La criobiopsia transbronquial pulmonar (CBTB) es una técnica cada vez más utilizada para el diagnóstico de enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID). El objetivo del estudio es describir el perfil de seguridad de las CBTB realizadas en una unidad de broncoscopia especializada y la rentabilidad diagnóstica para la EPID.

Material y métodos

Estudio retrospectivo unicéntrico, se revisaron 38 historias clínicas de pacientes sometidos a CBTB entre Noviembre 2022 a Enero 2025. Fueron identificadas características de la función pulmonar, indicación de la prueba, resultado de anatomía patológica y complicaciones asociadas al procedimiento.

Resultados

La edad promedio de los pacientes fue de 63.6 años (DE ± 10.8). La función pulmonar basal mostró una FVCpp promedio de 87.3% (DE ± 0.2) y un FEV1pp mediano de 87% (IQR: 74-96). En cuanto al estado funcional de la difusión, el 52.8% de los pacientes presentó valores normales, mientras que el 25% mostró una disminución leve, el 19.4% moderada y el 2.8% grave. La mayoría de las biopsias se realizaron en dos segmentos pulmonares (63.2%). La sonda más utilizada fue de 1.9 mm (55.3%), con tiempos de congelación de 6 segundos en el 78.6% de los casos. El tamaño promedio de las muestras fue de 9.5 mm (DE ± 3.5) × 7.8 mm (DE ± 3.2), con una media de 3.3 biopsias por segmento. La sospecha diagnóstica más frecuente fue un patrón indeterminado (26.3%), seguida de neumonía organizada criptogénica (NOC, 18.4%) y neumonía intersticial no específica (13.2%). El análisis anatómico confirmó un diagnóstico específico en el 68.4% de los casos (rentabilidad diagnóstica), destacando neumonitis por hipersensibilidad (21.6%) y NOC (10.8%). En términos de seguridad, las complicaciones incluyeron hemorragias leves (30.6%), moderadas (8.3%) y graves (8.3%), además de un caso de neumotórax (2.8%). La estancia hospitalaria fue de un día en su mayoría (IQR: 1-1), y sólo el 2.7% de los pacientes requirió biopsia quirúrgica posterior. El 91.9% no necesitó ingreso en UCI, y se registró una mortalidad del 2.7%.

Tabla 1. Análisis descriptivo de la criobiopsia transbronquial en una unidad especializada (2022-2025)

	n = 38
Edad en años (media, SD)	63.6 (10.8)
FVCpp basal (media, SD)	87.3 (0.2)
FEV1pp basal (mediana, IQR)	87 (74-96)
DLCO basal z-score, n (%)	
Normal (> -1.65 SD)	19 (52.8)
Disminución leve (-1.65 a -2.5 SD)	9 (25)
Disminución moderada (-2.5 a -4 SD)	7 (19.4)
Disminución grave (< -4 SD)	1 (2.8)
Procedencia de la solicitud, n (%)	
Neumología	35 (92.1)
Medicina interna	3 (7.9)
Número de segmentos biopsiados, n (%)	
1	8 (21)
2	24 (63.2)
3	6 (15.8)
Sonda utilizada, n (%)	
1.1	10 (26.3)
1.7	7 (18.4)
1.9	21 (55.3)
Tiempo de congelación segundos, n (%)	
4	5 (17.9)
6	22 (78.6)
8	1 (3.6)
Efecto, n (%)	
1	17 (44.7)
2	21 (55.3)
Número de biopsias por segmento (media, SD)	3.3 (1.7)
Tamaño de la muestra mm (media, SD)	9.5 (3.5) × 7.8 (3.2)
1.1	8.9 (3.4) × 6.4 (2.9)
1.7	9.5 (9.6) × 9.0 (3.7)
1.9	9.8 (3.6) × 8.0 (3.1)

(Continúa)

Tabla 1. Análisis descriptivo de la criobiopsia transbronquial en una unidad especializada (2022-2025) (continuación)

	n = 38
Sospecha diagnóstica - Indicación, n (%)	
NIU	1 (2.6)
Patrón indeterminado	10 (26.3)
NINE	5 (13.2)
NOC	7 (18.4)
Infiltrado en vidrio deslustrado	5 (13.2)
Patrón micronodular	3 (7.9)
Infiltrado con consolidación	2 (5.3)
Masa pulmonar	1 (2.6)
Neumonitis por hipersensibilidad	3 (7.9)
Otros	1 (2.6)
Resultado de anatomía patológica, n (%)	
NIU	2 (5.3)
Probable NIU	5 (13.2)
NINE	2 (5.3)
NOC	4 (10.5)
Neumonitis por hipersensibilidad	
Sin alteraciones histológicas o cambios inespecíficos	12 (31.6)
Bronquiolitis respiratoria	1 (2.6)
Otros	4 (10.5)
Días totales de estancia (n, IQR)	1 (1-1)
Estancia prolongada, n (%)	
No	33 (89.2)
Si	4 (10.8)
Ingreso en UCI, n (%)	
No	34 (91.9)
Si	3 (8.1)
Necesidad de biopsia quirúrgica, n (%)	
No	36 (97.3)
Si	1 (2.7)
Complicaciones, n (%)	
Ninguna	18 (50)
Hemorragia leve	11 (30.6)
Hemorragia moderada	3 (8.3)
Hemorragia grave	3 (8.3)
Neumotórax	1 (2.8)
Exitus	
No	36 (97.3)
Si	1 (2.7)

FVCpp: porcentaje del predicho capacidad vital forzada; DLCO: capacidad de difusión de CO; FEV1pp: porcentaje del predicho del volumen espiratorio forzado; NIU: neumonía intersticial usual; NINE: neumonía intersticial no específica; NOC: neumonía organizada criptogénica UCI: unidad de cuidados intensivos; n: número; %: porcentaje; IQR: rango intercuartílico.

Conclusiones

la CBTB es una herramienta diagnóstica efectiva para la EPID, con un buen perfil de seguridad y una rentabilidad diagnóstica. Grupo de Trabajo Neumología intervencionista HULP: Michael Alvarez, Daniela Allocca, Luis Gomez, Concepción Prados, Carlos Carpio, Rodolfo Álvarez-Sala Walther.

98. Nódulo pulmonar solitario, ¿podemos determinar la probabilidad de malignidad? Julia Dorta Díez De La Lastra¹, Ana Cristina Gallotti¹, Ana De La Rocha Prieto¹, Hamza Matar¹, Sofía Sánchez Fernández², Nieves Hoyos Vázquez¹. ¹Hospital del Henares, Madrid., Coslada, España, ²Facultad de Medicina, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España

Introducción

El Nódulo Pulmonar Solitario (NPS) se define como una opacidad radiológica de diámetro máximo de 30 mm. La probabilidad clínica de malignidad se puede determinar en función de las características de la TC del nódulo, los detalles clínicos del paciente, y la captación del PET-TC, siendo el umbral estandarizado (SUV) de 2,5 para designar una exploración como positiva. El objetivo principal fue estudiar la relación entre la captación metabólica con el diagnóstico anatomopatológico de malignidad. Los objetivos secundarios: analizar las características demográficas, y la relación entre las características radiológicas y el diagnóstico de malignidad.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo, en el que incluimos a aquellos pacientes con NPS del Hospital del Henares intervenidos quirúrgicamente entre los años 2019 y 2023. Las variables cuantitativas fueron descritas con la mediana y el rango intercuartílico, media y desviación estándar. Las variables categóricas se expresaron en frecuencia y porcentaje. Se compararon los promedios de las variables cuantitativas entre los grupos "Malignidad" y "No malignidad" usando la prueba U de Mann-Whitney. Para analizar la relación entre las variables categóricas y la variable "Malignidad", se utilizó el Test Exacto de Fisher. El nivel de significancia elegido fue de 0,05.

Resultados

La N fue de 36 pacientes, 6 de ellos con diagnóstico anatomopatológico de benignidad y 30 de malignidad. Obtuvimos igual número de hombres que de mujeres, la media de edad fue de 62 años. El 52% tenía antecedentes

Tabla 1.

	Nº TOTAL Nº = 36	MALIGNIDAD NO Nº = 6	MALIGNIDAD SI Nº = 30	p-value ²
Edad	34			0.2
Mean ± SD	62.9 ± 9.0	56.4 ± 9.3	64.0 ± 8.6	
Sexo	36			0.7
HOMBRE	18 (50.0%)	2 (33.3%)	16 (53.3%)	
Hábito tabáquico	34			>0.9
Antecedentes tabaquismo	28 (82.4%)	5 (83.3%)	23 (82.1%)	
IPA	26			0.9
Mean ± SD	33.5 ± 14.3	32.0 ± 7.6	33.8 ± 15.6	
AP EPOC	36			0.6
NO	31 (86.1%)	6 (100.0%)	25 (83.3%)	
FEV1%	36			0.8
Mean ± SD	88.1 ± 17.6	90.7 ± 17.7	87.6 ± 17.9	
DLCO%	32			0.4
Mean ± SD	85.7 ± 21.7	77.8 ± 17.0	87.1 ± 22.5	
Bordes	19			-
ESPICULADOS	13 (68.4%)	0 (0.0%)	13 (72.2%)	
LISOS	6 (31.6%)	1 (100.0%)	5 (27.8%)	
Unknown	17	8	12	
Localización	35			>0.9
Resto	17 (48.6%)	3 (50.0%)	14 (48.3%)	
Lóbulos superiores	18 (51.4%)	3 (50.0%)	15 (51.7%)	
Diámetro	35			0.3
Mean ± SD	18.5 ± 5.3	16.3 ± 4.9	19.0 ± 5.4	
PET-TC	36			0.4
SI	33 (91.7%)	5 (83.3%)	28 (93.3%)	
SUV máximo	29			0.016
Mean ± SD	7.2 ± 5.8	1.4 ± 1.2	8.1 ± 5.7	
Tipo Qx	36			0.084
LOBECTOMÍA	25 (69.4%)	2 (33.3%)	23 (76.7%)	
SEGMENTECTOMÍA	10 (27.8%)	4 (66.7%)	6 (20.0%)	
NEUMONECTOMÍA	1 (2.8%)	0 (0.0%)	1 (3.3%)	
AP malignos	29			-
ADENOCARCINOMA	20 (69.0%)	-	20 (69.0%)	
EPIDERMIOIDE	2 (6.9%)	-	2 (6.9%)	
CARCINOIDE	2 (6.9%)	-	2 (6.9%)	
MTX OTRO ORIGEN	2 (6.9%)	-	2 (6.9%)	
LINFOMA	2 (6.9%)	-	2 (6.9%)	
CA CÉLULA GRANDE	1 (3.4%)	-	1 (3.4%)	
AP benignos	6			-
HAMARTOMA	5 (83.3%)	5 (83.3%)	-	
INFLAMATORIO	1 (16.7%)	1 (16.7%)	-	

¹n (%); Mean ± SD; Mediana [IQR]

²Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test

Tabla 2.

Variable	n	missing	mean	sd	SUVmax				
					median	P25	P75	min	max
MALIGNIDAD NO	6	2	1	1	1	0.6	2	0	3
MALIGNIDAD SI	30	5	8	6	8	3	14	0	19

Wilcoxon rank sum test → p-value = 0.01622

de tabaquismo, pero solo tenían diagnóstico de EPOC el 13%. La media del diámetro máximo fue de 18 mm. De los pacientes con diagnóstico de malignidad, el 69% fueron adenocarcinomas, y de los pacientes con diagnóstico de benignidad el 83% fueron hamartomas. Al 91% de los pacientes se les realizó PET-TC (Tabla 1). Se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa (p 0.016), en la distribución de SUV entre los grupos con diagnóstico de malignidad o no (Tabla 2). No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al diámetro, la localización y a los bordes del nódulo.

Conclusiones

En nuestra serie, los pacientes con un SUV elevado tienen una relación estadísticamente significativa con el diagnóstico de malignidad. Sin embargo, es importante tener en cuenta el tamaño muestral desigual entre los grupos. Tenemos escasa información acerca de los bordes de los nódulos en nuestros informes radiológicos.

132. Rentabilidad de la criobiopsia mediastínica guiada por ecobroncoscopia en el hospital universitario de guadalajara. BEATRIZ MARÍA Daviu Cobián, Ana Cristina Rubio Bernardo, Alejandro López Pérez, Ana María Holguín, Miguel Alonso Rodríguez, Sonia López Monzoni. *Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España*

Introducción

La criobiopsia mediastínica guiada por ecobroncoscopia (EBUS- Endo Bronchial Ultra Sound) es una técnica innovadora que ha surgido como alternativa a los métodos tradicionales para la obtención de muestras ganglionares o masas hilio-mediastínicas. En este estudio se analiza la rentabilidad de la criobiopsia ganglionar guiada por EBUS respecto a la punción transbronquial aspirativa con aguja fina (PAAF) ganglionar guiada por EBUS.

Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, donde se incluyen todos los pacientes sometidos a una criobiopsia y punción aspiración con aguja fina (PAAF) guiadas por EBUS sobre lesiones hiliomediastínicas, entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de agosto de 2024 en el Hospital Universitario de Guadalajara según práctica clínica habitual.

Resultados

Se analizaron 45 pacientes. La mayoría fueron hombres (85%) con una edad media de 63 años (DS 13.7). El 84.7% tenía historia tabáquica. Las principales sospechas diagnósticas para indicar el procedimiento fueron tumor primario pulmonar (58.9%), sarcoidosis (19.6%), linfoproliferativo (2.2%). Empleamos la criosonda de 1.1 mm: en casi la mitad de los casos se pudieron obtener 2 biopsias (47.8%, n = 22), en el 34.8% (n = 16) 1 y en 6 casos 3 (13%), en los 2 casos restantes 5 y 6 respectivamente. La media del diámetro de las adenopatías por EBUS fue de 17.01 mm (6.45 d.s.) (Figura 1). La adenopatía más estudiada fue la subcarinal (67.4% n = 30), seguida de la paratraqueal derecha inferior (13% n = 6) y las hiliares e interlobares derechas (4.3% cada grupo).

Respecto a las complicaciones, escasas (3 casos), estuvieron relacionadas con sangrado leve-moderado. Obtuvimos una elevada rentabilidad diagnóstica (95.7%, 43 de 45 pacientes) con el estudio combinado de PAAF y criobiopsia, con una alta concordancia entre ambos estudios anatomopatológicos (78.3% n = 38), siendo discordante en el 21.7% (Tabla 1). En 8 casos, la criobiopsia fue clave para el diagnóstico definitivo debido al estudio molecular o bien por un mayor tamaño de muestra, siendo insuficiente la extraída mediante PAAF. Los diagnósticos definitivos se muestran en la tabla 2.

Conclusiones

La criobiopsia ganglionar guiada por EBUS es una técnica innovadora, precisa, segura y de elevada rentabilidad diagnóstica para el estudio de

lesiones hiliomediastínicas, por lo que debería implementarse progresivamente en la práctica clínica habitual como técnica complementaria a las tradicionales.

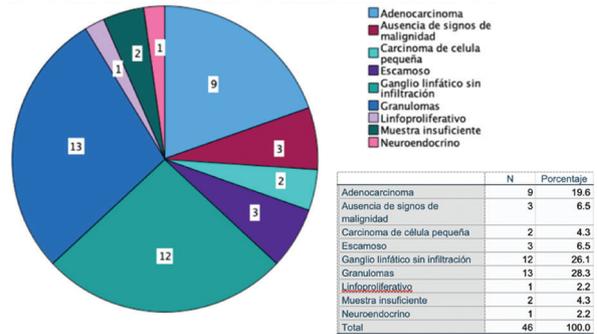


Figura 1. Resultados histológicos de Criobiopsia.

Concordancia diagnóstica PAAF/Criobiopsia

	Resultado PAAF	Resultado criobiopsia
1 (2.2% n = 1)	Presencia de células tumorales malignas	Ganglio linfático sin infiltración
2 (4.3% n = 1)	No diagnóstica	Linfoma de células B
3 (6.5% n = 2)	Citología benigna/reactiva	Granulomas
4 (8.7% n = 3)	Granulomas no necrotizantes	Granulomas necrotizantes

139. Diagnóstico mediante EBUS en una unidad de neumología intervencionista: evolución de los primeros 15 años. Clara Seghers Carreras¹, Lucía Ortega Ruiz¹, Begoña Peña Del Cura¹, Fernando Revuelta Salgado¹, Cristina García Quero², Ricardo García Luján¹. *¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Madrid, España, ²Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*

Introducción

La Ecobroncoscopia (EBUS) es una técnica endoscópica que permite el diagnóstico y la estadificación de cáncer y de otras lesiones mediastínicas. Como todas las técnicas requiere una curva de aprendizaje.

El objetivo del estudio fue analizar la evolución de la rentabilidad diagnóstica obtenida mediante EBUS desde el inicio de esta técnica en nuestra unidad hasta la actualidad.

Material y métodos

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes sometidos a EBUS desde el inicio en nuestro centro en 2009 hasta finales de 2024. Se registraron variables epidemiológicas, clínicas y anatómicas. Se definió como muestra diagnóstica aquella que arrojó un diagnóstico concreto, representativa aquella en la que se obtuvo una muestra ganglionar significativa sin diagnóstico definitivo y no representativa aquella en la que no se obtuvo tejido linfático valorable. Se realizó estadística descriptiva y de contraste de hipótesis. Los casos se agruparon en 2 grupos por periodos similares de 7 años.

Resultados

Se incluyeron 979 pacientes, 470 en el periodo de 2009 a 2015 y 508 de 2016 a 2024, cuyas características se resumen en la tabla 1. Se ha incrementado el número de exploraciones en el segundo periodo, aun teniendo

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes N = 979

	2009-2015 (n = 470)	2016-2024 (n = 508)	P
Edad, media (DS)	64,2 (13,2)	63,8 (13,4)	NS
Varones, n (%)	351 (74,7)	345 (67,9)	0,02
ROSE, n (%)	308 (65,5)	321 (63,2)	NS
Diagnóstico, n (%)	256 (54,5)	284 (55,9)	NS
CPNCP	147 (57,4)	123 (43,3)	0,001
Carcinoma microcítico	37 (14,5)	40 (14,1)	NS
Sarcoidosis	33 (12,9)	84 (29,6)	< 0,001
Metástasis extrapulmonar	26 (10,2)	26 (9,2)	NS
Linfoma	7 (2,7)	5 (1,8)	NS
Otros	6 (2,3)	6 (2,1)	NS
No representativas, n (%)	60 (14,9)	17 (3,3)	< 0,001
Falsos negativos, n (%)	26 (5,5)	8 (1,6)	0,001

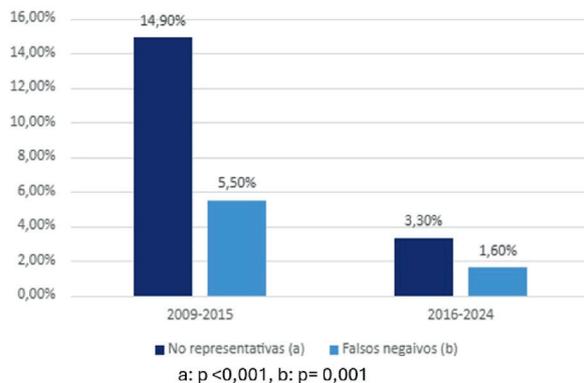


Gráfico 1. Evolución de la rentabilidad de las muestras y de la tasa de falsos negativos.

en cuenta que éste incluye el periodo de pandemia COVID en el que se redujeron por razones obvias. En el segundo periodo se ha observado una disminución estadísticamente significativa de muestras no representativas (14,9% vs 3,3% p < 0,001) y de falsos negativos (5,5% vs 1,6% p = 0,001) (gráfico 1). En cuanto los diagnósticos, durante el segundo periodo se aumentó de forma estadísticamente significativa el diagnóstico de sarcoidosis, mientras que disminuyó el de cáncer de pulmón no células pequeñas (CPNCP).

Conclusiones

En nuestra unidad, hemos observado un aumento en la rentabilidad significativa de las muestras y una disminución en la tasa de falsos negativos a lo largo del tiempo.

143. Importancia del EBUS radial en estudios inmunohistoquímicos y moleculares en nódulos pulmonares en un hospital de tercer nivel. Lucía Ortega Ruiz, Begoña Peña Del Cura, Clara Seghers Carreras, Fernando Revuelta Salgado, Ricardo García Luján. *Hospital 12 de Octubre, Madrid, España*

Introducción

El EBUS radial ha supuesto un avance en el diagnóstico de lesiones pulmonares focales (LPF) periféricas incrementando la rentabilidad de la biopsia transbronquial convencional. Además, evita en muchos casos las punciones percutáneas y asocia una menor tasa de complicaciones.

El objetivo de nuestro estudio es describir la experiencia en nuestro centro del uso del EBUS radial para el estudio inmunohistoquímico y molecular de lesiones pulmonares focales malignas.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de todos los EBUS radiales realizados en nuestro centro entre 2021 y 2024. Los datos se recogieron de la base de datos de la Unidad de Endoscopia respiratoria e historia clínica de los pacientes.

Resultados

En nuestro centro se realizaron 117 EBUS radiales por estudio de LPF entre 2021 y agosto de 2024. De estos, 48 (41%) tuvieron un resultado compatible con malignidad. De los restantes sólo en 24 se obtuvo diagnóstico de malignidad por otra vía (valor predictivo negativo 65,2%).

En esas 48 muestras se pudo completar el estudio inmunohistoquímico en 39 (81,3%). De las 9 muestras en las que la celularidad no fue suficiente para un diagnóstico inmunohistoquímico, en 4 (44,4%) de ellas el diagnóstico se realizó mediante cirugía, en 2 (22,2%) mediante EBUS lineal al tratarse de lesiones hiliares, en 2 (22,2%) por radiología intervencionista y en una no se realizaron otras pruebas.

En 21 muestras (43,8%) se pudo realizar la técnica de secuenciación masiva. Los resultados de los principales estudios moleculares e inmunohistoquímicos se resumen en la tabla 1.

La tasa de complicaciones asociadas al procedimiento fue del 6,8%, siendo todas leves y controladas durante el procedimiento (una epistaxis, un sangrado leve, dos desaturaciones y una bradicardia sinusal).

Conclusiones

El EBUS radial es una técnica que permite incrementar el diagnóstico de LPF malignas y que en la mayoría de caso permite obtener material suficiente para estudios inmunohistoquímicos.

	n (%)
INMUNOHISTOQUÍMICA	
PDL1	36
Negativo	18 (50%)
1-49%	10 (27,8%)
> 50%	8 (22,2%)
ESTUDIOS MOLECULARES	21
EGFR	5 (23,8%)
KRAS	6 (28,6%)
ALK	0 (0%)
ROS	0 (0%)
OTROS	13 (61,9%)

158. Mortalidad y complicaciones postoperatorias en pacientes con resección pulmonar mayor. Clasificación en función del riesgo quirúrgico establecido por cicloergometría. Alejandro León Bayán, Fátima Lorena Merchán Molero, Ignacio Contreras Panero, Rocío García García, María Del Carmen Marrón Fernández, Pedro Daniel Benavides Mañas. *Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Madrid, España*

Introducción

En una resección pulmonar mayor (lobectomía o neumonectomía) es importante establecer unos criterios de operabilidad que nos permitan estratificar a los pacientes en función del riesgo quirúrgico para dicha intervención. Estos criterios se basan en estudios de la función pulmonar previa: volumen del primer segundo de espiración forzada (FEV1), capacidad de difusión pulmonar de monóxido de carbono (DLCO); así como la capacidad cardiopulmonar evaluada mediante prueba de esfuerzo, consumo de oxígeno (VO2). En función del valor de VO2 obtenido en la prueba de esfuerzo se clasifica a los pacientes en riesgo quirúrgico bajo, moderado y alto.

El objetivo principal del estudio fue evaluar la mortalidad y complicaciones postoperatorias en función del riesgo quirúrgico del paciente con cáncer pulmonar considerados para cirugía.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo en el que se incluyeron pacientes remitidos a cirugía de resección

pulmonar entre marzo de 2015 y agosto de 2016 en nuestro centro. De los 263 pacientes remitidos para cirugía se estudió una muestra final de 80 pacientes. Se excluyeron los pacientes a los que no se realizó cirugía (66), las cirugías de resección menor (68): segmentectomías y resecciones atípicas y los que no completaron seguimiento durante el año siguiente a la intervención (49).

Se clasificó en grupos en función del riesgo quirúrgico: riesgo alto (VO2 < 10 ml/kg/min), riesgo moderado (VO2 10-20 ml/kg/min) y riesgo bajo (VO2 > 20 ml/kg/min). La VO2 se determinó en un cicloergómetro a todos los pacientes derivados para resección pulmonar.

Se realizó estadística descriptiva y contraste de hipótesis mediante SPSS Statistics.

Tabla 1.

	Riesgo moderado (n = 63, 78,8%)	Riesgo bajo (n = 17, 21,2%)	p
Edad (años), media (DE)	65,3 (9,1)	56,3 (8,6)	0,000 ¹
Sexo, n (%)			
Hombre	34 (54%)	12 (70,6%)	0,219 ²
Mujer	29 (46%)	5 (29,4%)	
IMC (kg/m ²), media (DE)	28,6 (4,3)	25,3 (3,6)	0,004 ¹
Factores de riesgo cardiovascular, n (%)	38 (60,3)	9 (52,9)	0,584 ²
Tabaquismo, n (%)			
Activo	14 (22,2)	8 (47,1)	0,025 ²
Exfumador	38 (60,3)	4 (23,5)	
No tabaquismo	11 (17,5)	5 (29,4)	
IPA (años/paquete), media (DE)	33,4 (26,6)	26,4 (23,7)	0,264 ¹
Comorbilidad cardiaca, n (%)	40 (78,4)	7 (41,2)	0,004 ²
Comorbilidad respiratoria, n (%)			
EPOC	25 (39,7)	2 (11,8)	0,031 ²
Trastorno restrictivo	2 (3,2)	0 (0)	0,457 ²
Pruebas de función pulmonar (%), media (DE)			
FEV1	91,5 (20,3)	102,7 (14,4)	0,013 ³
FVC	100,7 (18,4)	109 (12,6)	0,028 ³
DLCO	83,2 (17,2)	91,5 (14,6)	0,055 ¹
Cicloergometría			
VO2 (ml/kg/min), media (DE)	16,2 (2,2)	23,7 (4)	0,000 ³
EqCO2 en umbral aerobio, media (DE)	33,3 (5,3)	31,7 (4,3)	0,195 ¹
Complicaciones cirugía, n (%)	14 (22,2)	3 (17,6)	0,682 ²
Mortalidad, n (%)			
Cirugía	1 (1,6)	0 (0)	0,601 ²
1 mes	1 (1,6)	0 (0)	0,601 ²
3 mes	2 (3,2)	0 (0)	0,547 ²
6 mes	3 (4,8)	0 (0)	0,359 ²
12 mes	6 (9,5)	0 (0)	0,186 ²

¹T de student, ²Chi cuadrado, ³U de Mann-Whitney. DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal; factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus y/o dislipidemia); IPA: índice paquetes año, comorbilidad cardiaca (cirugía cardiaca previa, infarto agudo de miocardio, enfermedad de arterias coronarias, valvulopatía, hipertensión arterial, arritmia o insuficiencia cardiaca); EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), FEV1 (volumen del primer segundo de espiración forzada), FVC (capacidad vital forzada), DLCO (difusión pulmonar de monóxido de carbono), VO2 (consumo de oxígeno) y EqCO2 (equivalentes de CO2).

Resultados

Se incluyeron 80 pacientes, la edad media fue de 63,4 años (DE 9,6) siendo hombres el 57,5% de la población.

En la tabla 1 se muestran las características en función del riesgo quirúrgico (no hay pacientes de riesgo quirúrgico alto, ya que no se llegaron a intervenir). Cabe destacar en el grupo de riesgo moderado la presencia de mayor edad, mayor índice de masa corporal y mayor prevalencia de comorbilidad cardiaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En las pruebas de función pulmonar el grupo de riesgo moderado presentó valores inferiores de FEV1 y DLCO.

La mortalidad se evaluó durante la cirugía y a los meses 1, 3, 6 y 12 desde la cirugía; siendo mayor en el grupo de riesgo moderado. Las complicaciones postoperatorias (neumonía, atelectasia, hemotórax e insuficiencia respiratoria) también fueron mayores en el grupo de riesgo moderado.

Conclusiones

En nuestro estudio, se objetivaron más complicaciones y mayor mortalidad en el grupo de riesgo quirúrgico intermedio. Estas diferencias no presentan significación estadística.

165. Manejo endoscópico de cuerpos extraños traqueobronquiales en un hospital terciario. Begoña Peña Del Cura, Lucía Ortega Ruiz, Clara Seghers Carreras, Fernando Revuelta Salgado, Ricardo García Luján. *Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid., Madrid, España*

Introducción

La aspiración de cuerpos extraños (CE) al árbol traqueobronquial es una entidad poco frecuente en adultos que puede suponer una emergencia vital, por lo que requiere una identificación y una extracción tempranas. Si bien las pruebas de imagen pueden aportar información sobre las características y la localización del CE, el gold standard para su diagnóstico es la broncoscopia, que permite en la mayoría de los casos la resolución del cuadro.

El objetivo de este estudio es describir el manejo de la aspiración de CE en la vía aérea en la Unidad de Endoscopia Respiratoria (UER) de un hospital terciario desde 1992 hasta enero de 2025.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se incluyen pacientes con aspiración cuerpo extraño en el árbol traqueobronquial, sometidos broncoscopia (flexible o rígida) para su diagnóstico y extracción, en el Hospital Universitario 12 de Octubre desde 1992 hasta enero de 2025. Se recogen datos demográficos, el tipo de CE, orgánico e inorgánico, localización del CE, intención diagnóstica y/o terapéutica de la broncoscopia, el tipo de broncoscopio (rígido o flexible) utilizado para su extracción, el tipo de anestesia y las complicaciones asociadas.

Resultados

Durante el periodo de estudio se incluyen 85 pacientes con aspiración de CE en la vía aérea, de los cuales un 77,7% eran varones, con una edad media de 53 años. Las características de los pacientes y de los CE se muestran en la tabla 1. Los CE más frecuentemente encontrados en nuestra cohorte son de tipo inorgánico (62,3%), siendo los objetos metálicos (28,2%) y los dientes y prótesis dentales (20,0%) los más prevalentes. Se alojan principalmente en el sistema bronquial derecho (60,0%), en especial en el bronquio intermediario y lóbulo inferior derecho (21,2% y 27,1%, respectivamente). Las características de las broncoscopias realizadas y las complicaciones asociadas se resumen en la tabla 2. Se realizan 105 broncoscopias en total, de ellas 7 con intención diagnóstica, 79 con fin diagnóstico y terapéutico y 19 broncoscopias con intención terapéutica, utilizando el broncoscopio flexible en un 72% de exploraciones. Se consigue la extracción del CE en 82 pacientes (96,5%), en un 68,3% de los casos con broncoscopia flexible.

Conclusiones

En nuestra cohorte, los CE más frecuentes son de naturaleza inorgánica (62,3%), alojados en el sistema bronquial derecho (60,0%). Del total de CE 2/3 partes se extrajeron con broncoscopia flexible.

Tabla 1. Características de los pacientes y del cuerpo extraño

Edad, media (DE)	53,0 (21,7)
Varón, n (%)	66 (77,7)
Tipo de CE (n = 85)	
Orgánico, n (%)	30 (35,3%)
Animal, n (%)	16 (18,8)
Vegetal, n (%)	13 (15,3)
Comprimidos, n (%)	1 (1,2)
Inorgánico, n (%)	53 (62,3)
Metálico, n (%)	24 (28,2)
Plástico, n (%)	5 (5,9)
Mineral, n (%)	3 (3,5)
Pieza/prótesis dental (%)	17 (20,0)
Fragmento cánula de traqueostomía, n (%)	4 (4,7)
Varios, n (%)	1 (1,2)
No identificado, n (%)	1 (1,2)
Localización	
Faringe, n (%)	2 (2,3)
Tráquea, n (%)	5 (5,9)
Sistema bronquial derecho, n (%)	51 (60,0)
Bronquio principal derecho, n (%)	5 (5,9)
Bronquio de lóbulo superior derecho, n (%)	3 (3,5)
Bronquio intermediario, n (%)	18 (21,2)
Bronquio de lóbulo medio, n (%)	2 (2,3)
Bronquio de lóbulo inferior derecho, n (%)	23 (27,1)
Sistema bronquial izquierdo, n (%)	23 (27,1)
Bronquio principal izquierdo, n (%)	10 (11,8)
Bronquio de lóbulo superior izquierdo, n (%)	5 (5,9)
Bronquio de lóbulo inferior izquierdo, n (%)	8 (9,4)
Varias localizaciones, n (%)	4 (4,7)

N: número total, DE: desviación estándar, CE: cuerpo extraño.

Tabla 2. Características de las bronoscopias realizadas para el diagnóstico y retirada del CE

Bronoscopias realizadas (n = 105)	
Diagnóstica, n (%)	7 (6,7)
Diagnóstica y terapéutica, n (%)	79 (75,2)
Éxito en la retirada del CE, n (%)	66 (83,5)
Terapéutica, n (%)	19 (18,1)
Éxito en la retirada del CE, n (%)	16 (84,2)
Tipo de bronoscopia	
Bronoscopia flexible, n (%)	76 (72,4)
Bronoscopia rígida, n (%)	29 (27,6)
Anestesia	
Anestesia local, n (%)	39 (37,1)
Sedación moderada, n (%)	22 (20,1)
Anestesia general, n (%)	44 (41,9)
Complicaciones	
Ninguna, n (%)	99 (94,3)
Hemorragia leve/moderada, n (%)	1 (0,9)
Insuficiencia respiratoria, n (%)	4 (3,9)
Arritmia cardiaca, n (%)	1 (0,9)
Extracción de CE (n = 82)	
Con bronoscopia flexible, n (%)	56 (68,3)
Con bronoscopia rígida, n (%)	26 (31,7)

N: número, DE: desviación estándar, CE: cuerpo extraño.

170. Rentabilidad diagnóstica del test de marcha con titulación de oxígeno. Marta Guajardo Madorrán, Walther Giron Matute, Angélica María Quito Parra, Tinixara Hernández Hernández, Stephany Ivonne Briones Alvarado, Gabriella Manzanares Cavin. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Madrid, España*

Introducción

El test de marcha de 6 minutos es una prueba de estudio submáximo diseñado para evaluar la capacidad funcional respiratoria. Se emplea para medir el descenso de saturación de oxígeno durante el ejercicio y la distancia máxima que un paciente puede caminar en seis minutos, reflejando su tolerancia al esfuerzo. Este test también proporciona información clave para evaluar la necesidad de apoyo respiratorio durante la actividad física, lo que puede justificar el uso de oxigenoterapia. La oxigenoterapia portátil se puede aportar por concentrador portátil o por oxígeno líquido.

El objetivo de este estudio es evaluar la titulación requerida por los pacientes durante la realización del test de la marcha, con el fin de mantener una saturación de oxígeno igual o superior al 90%.

Material y métodos

La muestra total fue de 57 pacientes. Se seleccionaron todas aquellas personas solicitados en consulta externa por práctica clínica habitual durante los meses de enero y abril de 2024 en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, y que precisaron titulación de oxígeno para mantener una saturación de O₂ igual o superior al 90% durante la prueba.

Resultados

La muestra total fue de 207 pacientes, de los cuales, 57 recibieron titulación de oxígeno. De todos ellos, 39 (68,4%) emplearon 3 o menos litros por minuto (Lpm) de oxígeno, mientras que para 18 (31,6%) se empleó más de 3 Lpm. Las patologías de base de los pacientes fueron 29 pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, 19 pacientes con Enfermedad Intersticial Pulmonar, 5 pacientes con Hipertensión Pulmonar y 2 pacientes con otros diagnósticos. Los resultados de los test de esfuerzo se pueden observar en la tabla 1.

Conclusiones

Se observó que un tercio de los pacientes requerían más de 3 litros de oxígeno, lo que en la práctica clínica implicaría la utilización de oxígeno líquido, parámetro que un oxígeno portátil habitual no podría cumplir.

Casos clínicos

44. Hepatitis inmunomediada inducida por triple terapia inmunomoduladora en paciente con fibrosis quística. Sara Navarro Carrera, Cindy Stephania Aponte Guevara, Ester Zamarrón De Lucas, María Concepción Prados Sánchez. *Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*

Resumen del caso clínico

Durante años, el tratamiento de la fibrosis quística (FQ) se basaba en el manejo sintomático. El desarrollo de nuevas terapias introdujo un cambio significativo en la calidad y la esperanza de vida de estos pacientes, especialmente desde la aprobación de elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor (ETI).

Varios ensayos clínicos han demostrado la eficacia y seguridad de ETI, incluidos, entre otros, las transaminasas elevadas (10.9%) y la transaminitis (3-8%), lo que representa un porcentaje bajo de efectos adversos [1-2].

Presentamos un caso raro de lesión hepatocelular idiosincrática inducida por ETI, con un mecanismo mediado inmunológicamente demostrado mediante el test de transformación de linfocitos (TTL).

Varón de 43 años con una extensa historia de alergias. Diagnóstico de fibrosis quística F508del/Q98R con compromiso pulmonar grave (FEV1 27%). Nueve días después del inicio de ETI, desarrolló una erupción maculopapular y eosinofilia (1020/ μ L), por lo que se suspendió el tratamiento. Basado en un TTL positivo para ETI, se inició un protocolo de desensibilización y el paciente pudo tolerar completamente el medicamento[3].

Diez meses después, se detectaron signos tempranos de alteración en los marcadores hepáticos, con máximos de AST (294 UI/L), ALT (519 UI/L), GGT (210 UI/L) y bilirrubina total (2.84 mg/dL), sin otras alteraciones. A pesar de la mejora sintomática y funcional (mejor ppFEV1: 37%), debido a datos de hepatitis mixta, se suspendió el ETI. Se inició una evaluación por farmacología clínica, determinando una probable hepatitis hepatocelular secundaria a ETI, utilizando el algoritmo CIOMS/RUCAM 2016, con una puntuación de +7 (probable). Se realizó una reexposición in vitro al fármaco mediante el

TTL, que fue positivo, añadiendo un punto a la escala y demostrando un mecanismo inmunológico como base de la patogénesis de la lesión hepática de este paciente. Como resultado, el tratamiento con ETI se contraindicó de forma definitiva.

Discusión

ETI es un medicamento relativamente nuevo, aún se están identificando efectos adversos que no se reportaron comúnmente en los ensayos clínicos iniciales.

El diagnóstico de DILI es complicado. Se basa en descartar otras posibles causas de trastornos hepáticos y en aplicar algoritmos de causalidad. Actualmente, el Método de Evaluación de Causalidad de Roussel Uclaf (RUCAM) es el algoritmo más utilizado. Sin embargo, tiene limitaciones[4].

Estudiamos el mecanismo inmunológico mediante el TTL. Hemos validado el TTL en el diagnóstico de DILI, demostrando una sensibilidad del 77%, especificidad del 100%, y una sensibilidad del fenotipo hepatocelular del 92%. Hemos utilizado el ítem "Respuesta a la reexposición involuntaria" del RUCAM (+1) como un indicador positivo de reexposición in vitro (prueba de TTL positiva) [5].

Nuestro paciente representa el primer caso de DILI hepatocelular inducido por ETI con un mecanismo inmunomediado demostrado mediante TTL, que puede aportar valiosos conocimientos inmunológicos.

Bibliography

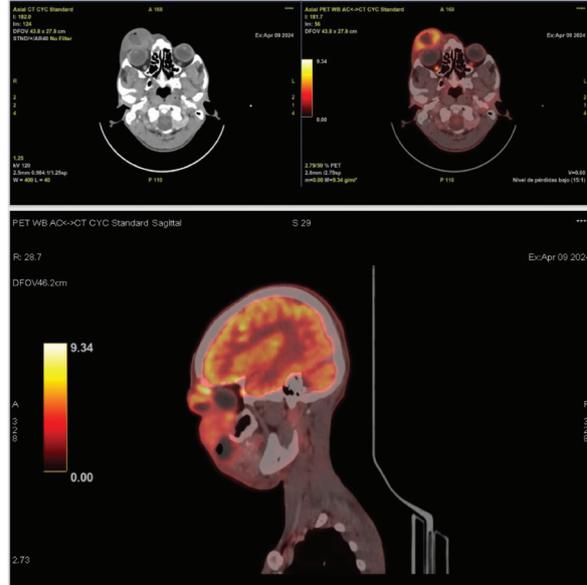
1. Tewkesbury, D., Jones, A. M., Bright-Thomas, R., Cratchley, A., Hanley, K. P., Wyatt, J., Athwal, V., & Barry, P. J. (2023). Aetiology of Significant Liver Test Abnormalities in a Single-Centre Cohort of People with Cystic Fibrosis Exposed to Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor, Utilizing the Updated RUCAM. In *Drugs* (Vol. 83, Issue 18, pp. 1699–1707). Springer Science and Business Media LLC. <https://doi.org/10.1007/s40265-023-01969-3>.
2. Shi, A., Nguyen, H., Kuo, C. B., & Beringer, P. M. (2024). Drug-induced liver injury associated with elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor: A pharmacovigilance analysis of the FDA adverse event reporting system (FAERS). In *Journal of Cystic Fibrosis* (Vol. 23, Issue 3, pp. 566–572). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.jcf.2024.01.001>.
3. Mir-Ihara, P., De Las Vecillas, L., Heredia, R., Fiandor, A., González-Muñoz, M., Zamarrón, E., Prados, C., & Cabañas, R. (2024). Protocol for Successful Desensitization to Ivacaftor and Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor in a Delayed Hypersensitivity Reaction Confirmed by the Lymphocyte Transformation Test. In *Journal of Investigational Allergy and Clinical Immunology* (Vol. 34, Issue 3, pp. 211–213). Esmon Publicidad, SA. <https://doi.org/10.18176/jiaci.0961>.
4. Aithal, G. P., Watkins, P. B., Andrade, R. J., Larrey, D., Molokhia, M., Takikawa, H., Hunt, C. M., Wilke, R. A., Avigan, M., Kaplowitz, N., Bjornsson, E., & Daly, A. K. (2011). Case Definition and Phenotype Standardization in Drug-Induced Liver Injury. In *Clinical Pharmacology & Therapeutics* (Vol. 89, Issue 6, pp. 806–815). Wiley. <https://doi.org/10.1038/clpt.2011.58>.
5. Rodríguez, A., García-García, I., Martínez de Soto, L., Gómez López De Las Huertas, A., Borobia, A. M., González-Torbay, A., Akatbach-Bousaid, I., González-Muñoz, M., & Ramírez, E. (2022). Utility of Lymphocyte Transformation Test for Assisting Updated Roussel Uclaf Causality Assessment Method in Drug-Induced Liver Injury: A Case-Control Study. In *Frontiers in Pharmacology* (Vol. 13). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/fphar.2022.819589>.

65. Colapso pulmonar, hemoptisis y tumoración orbitaria gigante. Erika Maria Dias Pires, Jose Javier Jareño Esteban, Marta Pérez Gallán, Jose Diaz Valdes, Luis Ignacio Rollan López, Sergio Campos Tellez. *Hospital Central de La Defensa Gómez Ulla., Madrid, España*

Resumen del caso clínico

Varón de 46 años natural de Mauritania, sin hábitos tóxicos conocidos, ni antecedentes personales de interés, quien presenta desde hace 4 meses la aparición de una gran tumefacción dolorosa en región orbitaria derecha que se extiende hacia el maxilar y aumenta de forma progresiva impidiéndole la apertura ocular, acompañado de esputos hemoptoicos, sin fiebre, dolor torácico, ni síndrome constitucional. Es remitido a nuestro país para su diagnóstico, evidenciando al examen físico gran tumoración orbitaria derecha, con murmullo vesicular disminuido y roncus en hemitórax izquierdo.

Se solicitan pruebas complementarias entre ellas, serologías, siendo positivo HTLV I/II sin requerir tratamiento, TAC de cráneo que evidencia gran masa con epicentro en hueso maxilar superior derecho y seno maxilar con extensión hacia el techo orbitario. En TAC de tórax describen gran masa pulmonar hilar izquierda que contacta con arteria pulmonar principal



PET-TC.



Rx de tórax.

ipsilateral y el borde superior cardiaco, ocupando la región subcarinal y generando estenosis de los bronquios pulmonares izquierdos, todo esto asociado a una neumonía necrotizante con absceso pulmonar y derrame pleural, además de adenopatías mediastínicas hiliares derechas.

Ante la sospecha de proceso neoplásico se solicita PET-TC, describiendo dos masas faciales derechas de partes blandas, una supraorbitaria de 3 x 3.5 x 3.5 cm (SUVmax 12,67) que contacta con el globo ocular sin deformarlo, y otra infraorbitaria de 4.5 x 5.5 x 4.5 cm (SUVmax 9,23) que ocupa parcialmente el seno maxilar. En tórax, masa paramediastínica hilar izquierda con centro necrótico (SUVmax 15,97) y adenopatías hiliares derechas con SUVmax de 4,3. Por último, lesiones hipermetabólicas osteolíticas en tibia izquierda y lesión hipermetabólica en cola pancreática con SUVmax 9,64.

Inicialmente se sospecha como primera posibilidad diagnóstica un proceso neoplásico pulmonar metastásico, sin embargo, se plantean otros diagnósticos como el sarcoma pulmonar, óseo y enfermedades linfoproliferativas. Por otro lado, debido a la presencia de grandes masas a nivel facial y pulmonar, se comenta la posibilidad de una vasculitis, específicamente la enfermedad relacionada con IgG4.

En la búsqueda de un diagnóstico, se realiza una fibrobroncoscopia para la toma de biopsias bronquiales y punción por aspiración fina de las adenopatías mediastínicas, de forma simultánea se biopsia la masa localizada en maxilar superior derecho. Ambas biopsias resultan ser coincidentes, describiendo en anatomía patológica hallazgos histológicos compatibles con Linfoma T periférico NOS de subtipo GATA3 + y expresión de LEF1.

Se inicia primera línea de tratamiento según esquema CHOEP x 6 ciclos, con buena tolerancia y respuesta completa morfológica en PET-TC de control. Posteriormente se realizó trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos, encontrándose actualmente en remisión completa.

99. Derrame pleural como manifestación inicial de un linfoma no Hodgkin b difuso de células grandes. Isabel Jiménez Reyes, Irene Hontanaya Navas, María Reyes Sánchez Jaldo, Javier Ocampo, Irene Torres Arroyo. *Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid., Alcorcón, España*

Resumen del caso clínico

El derrame pleural (DP) es una manifestación clínica frecuente en diversas patologías. Entre ellas, el linfoma no Hodgkin (LNH) y en concreto el difuso de células B grandes (DLBCL) representa una entidad poco frecuente, caracterizada por una alta agresividad. Un enfoque sistemático para la evaluación de DP linfocítico resulta fundamental para evitar errores diagnósticos y retrasos en el tratamiento.

Se presenta el caso de un varón de 64 años con antecedentes de obesidad y fibrilación auricular, adenoma adrenal izquierdo en seguimiento por Endocrinología y múltiples pólipos colónicos en seguimiento por Aparato Digestivo. El paciente acudió al servicio de Urgencias por un cuadro de tos con expectoración y disnea, que no mejoraba con tratamiento. Además, refería dolor lumbar de varios meses de evolución, motivo por el cuál había consultado en varias ocasiones en Urgencias, siendo derivado a consultas de Neurología, que tras el hallazgo en una resonancia magnética de lesiones paravertebrales izquierdas, había decidido la derivación a Medicina Interna para estudio.

A su llegada a Urgencias, en la exploración física, se evidenció abolición de las vibraciones vocales en el hemitórax izquierdo, lo que llevó a realizar una radiografía de tórax que mostró un DP izquierdo submasivo. Se realizó toracocentesis diagnóstica, cuyo análisis reveló un exudado con predominio linfomononuclear y niveles elevados de LDH y ADA. Posteriormente, una PET-TC (Imagen 1) mostró crecimiento de las lesiones paravertebrales ya conocidas y engrosamientos pleurales, lo que motivó una segunda toracocentesis para citología y marcadores tumorales, además de una biopsia pleural guiada por ecografía. La citología fue negativa para malignidad pero la biopsia confirmó un linfoma no Hodgkin B difuso de células grandes (DLBCL).

La aparición de un DP como manifestación inicial de un LNH, sin lesiones mediastínicas o pulmonares evidentes, es un hallazgo poco común. Entre los subtipos de LNH con afectación pleural, el DLBCL es el más frecuente, con un mecanismo patogénico basado en la infiltración directa de la pleura por tejido linfocítico neoplásico. Suelen presentarse como exudados con elevación de ADA y LDH, con predominio linfomononuclear, tal como ocurrió en este caso.

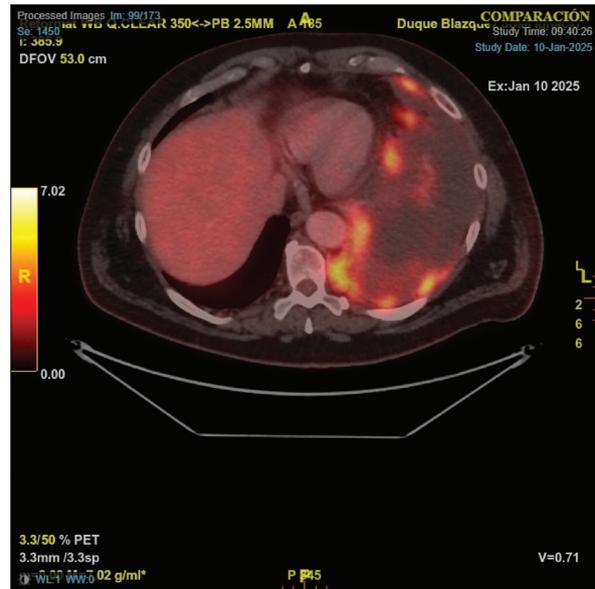


Imagen 1. PET-TAC con engrosamiento pleural izquierdo, con aumento del metabolismo glucosado de carácter heterogéneo y parcheado.

La citología puede no ser suficiente para el diagnóstico del LNH, ya que las células pueden parecerse a los linfocitos benignos que se observan en las enfermedades inflamatorias como la tuberculosis, lo que sugiere la necesidad de utilizar métodos de diagnóstico adicionales, como la citometría de flujo, para mejorar la precisión. A menudo es necesario obtener una muestra de tejido pleural mediante biopsia a ciegas, guiada por ecografía o TC o mediante toracoscopia o VATS.

Es fundamental un abordaje diagnóstico integral que incluya estudios citológicos, inmunohistoquímicos y de imagen avanzada. La detección temprana y el inicio oportuno del tratamiento pueden mejorar significativamente el pronóstico de los pacientes.

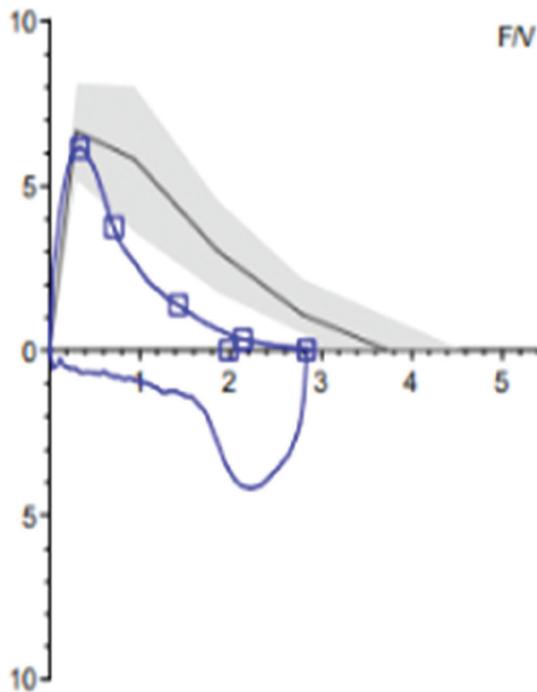
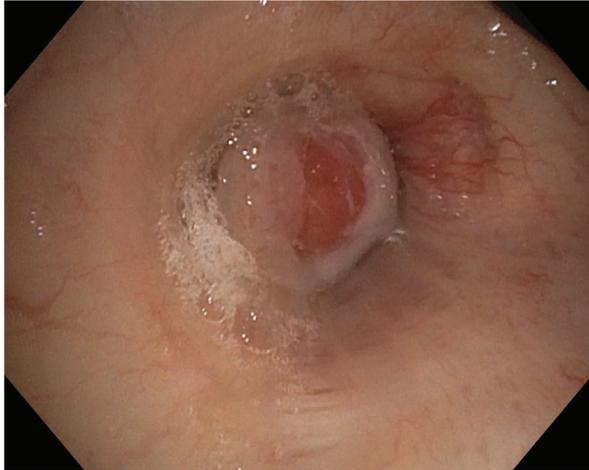
128. Carcinoide típico bronquial: presentación como disnea y tos persistente en una mujer joven. Rafael Ricardo Salcedo Valenciano, Sergio Campos Téllez, Ángela Hidalgo Herranz, Óscar Clavería García, Diógenes José Martínez Alfonso, Héctor Castro Villamor. *Hospital Central de la Defensa 'Gómez Ulla', Madrid, España*

Resumen del caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 46 años con antecedentes de tabaquismo y síntomas respiratorios persistentes, inicialmente atribuidos a asma. La espirometría mostró un patrón dentro de la normalidad, pero el análisis detallado de la curva flujo-volumen reveló una alteración en la fase inspiratoria, sugestiva de obstrucción extratorácica. A pesar del tratamiento con corticoides inhalados y broncodilatadores, los síntomas progresaron, requiriendo hospitalización y una ampliación del estudio diagnóstico.

La tomografía computarizada torácica identificó una lesión nodular en el bronquio intermediario. La fibrobroncoscopia evidenció una masa polipoidea con obstrucción casi completa de la luz bronquial, cuya biopsia confirmó un carcinoide típico bronquial. Inicialmente, se realizó una resección parcial con láser mediante fibrobroncoscopia, y posteriormente, en el Comité de Tumores, se decidió realizar una lobectomía con broncoplastia. La cirugía confirmó márgenes libres y ausencia de afectación ganglionar, con evolución postoperatoria favorable.

Este caso subraya la importancia de una evaluación exhaustiva en pacientes con síntomas respiratorios persistentes y hallazgos iniciales inespecíficos, resaltando el papel de la curva flujo-volumen como pista diagnóstica. Asimismo, destaca la utilidad de intervenciones mínimamente invasivas en el manejo inicial de estos tumores bronquiales poco frecuentes.



131. Carcinoma epidermoide de amígdala derecha con metástasis ganglionar y lesión pulmonar cavitada. Ana De La Rocha Prieto, Julia Dorta Diez De La Lastra, Ana Cristina Gallotti, Hamza Matar, Nieves Hoyos Vázquez, Eva De Santiago Delgado. *Hospital Universitario del Henares, Coslada, España*

Resumen del caso clínico

Varón de 49 años, sin antecedentes relevantes excepto una cervicotomía por quiste branquial derecho en 2017. No fumador ni bebedor, trabaja expuesto a polvo de madera desde hace un año. Consulta en Urgencias por un bultoma cervical derecho de un día de evolución, indoloro y sin fiebre, disfagia, disfonía ni otalgia. Es derivado al servicio de ORL para estudio.

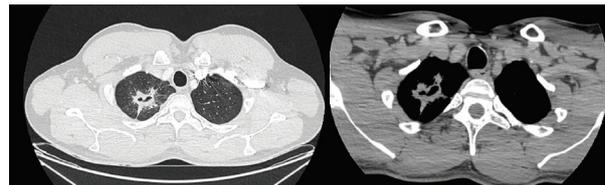
Durante la exploración inicial, se identifica un bultoma en el nivel III derecho. Una PAAF sugiere la presencia de un ganglio patológico, lo que motiva la realización de estudios de imagen. El TC cervical muestra una adenopatía de 16 x 13 x 31 mm en el nivel IIIa, situada anterior al espacio carotídeo y posterior al músculo esternocleidomastoideo, sin otras adenopatías significativas ni alteraciones en estructuras adyacentes.

El TC torácico revela una lesión cavitada de 42 x 25.7 mm en el segmento posterior del lóbulo superior derecho (LSD) con paredes gruesas y tractos fibrosos hacia el vértice. Se plantea un proceso tumoral primario o una etiología infecciosa, como tuberculosis.

Se realiza una fibrobroncoscopia que confirma una vía aérea sin alteraciones endoluminales ni lesiones visibles. Los cultivos microbiológicos (BAL) resultan negativos para bacterias, hongos, nocardia y micobacterias, y la PCR para *Mycobacterium tuberculosis* también es negativa. Un PET-TC identifica captación intensa en la amígdala derecha (SUV máx 9.3), adenopatía cervical (SUV máx 15.6) y la lesión cavitada del LSD (SUV máx 6.7), con captación leve en pequeñas adenopatías paratraqueales.

El análisis anatomopatológico tras amigdalectomía derecha confirma carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado de 1.4 cm con invasión linfovascular y perineural. Los bordes quirúrgicos están libres de tumor. El vaciamiento cervical funcional derecho muestra metástasis en 1 de 23 ganglios linfáticos, con una metástasis de 3.3 cm sin extensión extracapsular. La lesión cavitada del LSD revela cambios pulmonares reactivos con abscesificación, fibrosis e inflamación crónica, descartándose malignidad, granulomas o microorganismos.

Tras discusión en comité oncológico, se decide no realizar tratamiento adyuvante debido a la resección completa y el estadio temprano (pT1). Se programa un seguimiento con TC cervicotorácico en febrero de 2025. La lesión pulmonar se interpreta como un proceso inflamatorio resuelto. El paciente permanece asintomático y bajo vigilancia.



137. Cuerpo extraño endobronquial como causa de exacerbación de EPOC. Angélica María Quito Parra, Stephanny Ivonne Briones Alvarado, Francisco José Caballero Segura, José Javier García López, Paola Antonella Benedetti. *Hospital Universitario del Henares, Coslada, España*

Resumen del caso clínico

Varón de 64 años con antecedentes de: obesidad, EPOC de alto riesgo, insuficiencia respiratoria crónica hipercápnica en el programa de ventilación domiciliar, AOS e infección bronquial crónica por *P. aeruginosa*. Tratamiento crónico con triple terapia inhalada, roflumilast, tobramicina inhalada y varios ciclos de corticoterapia previos. Tres ingresos por agudización de EPOC en menos de un año. Acudió a nuestro centro por tos y expectoración mucopurulenta de 48 horas de evolución. Al examen físico destacaba con sibilancias de predominio en campo derecho y roncus bilaterales. La analítica sanguínea, estudio microbiológico (PCR en exudado nasofaríngeo para SARS-CoV-2/VSR/Influenza, cultivo de esputo y hemocultivos) y la radiografía de tórax eran normales (Figura 1A).

Durante el ingreso se evidencia disfgia a sólidos y líquidos con mal manejo de secreciones. Se realizó broncoscopia donde se observó traqueo-broncomalacia y la presencia de un total de tres cuerpos vegetales en lóbulo inferior derecho (cacahuete) con reacción granulomatosa circundante que se extrajeron endoscópicamente (Figura 1B). Se completó estudio con videoglución, que se evidenció oclusión epiglótica incompleta con penetración laríngea con la textura líquida, sin reflejo tusígeno (Figura 1C). Tras fisioterapia respiratoria y recomendaciones dietéticas para disminuir el riesgo de broncoaspiración, evolucionando favorablemente y sin necesidad de ser hospitalizado nuevamente. La broncoscopia de control a cuatro semanas se apreció mejoría de la reacción granulomatosa previa (Figura 1D). En presencia de un paciente con tos y/o disnea persistente después de un probable cuadro de broncoaspiración se debe tener en cuenta el diagnóstico de aspiración de un cuerpo extraño. Ante la sospecha la broncoscopia constituye una prueba diagnóstica y terapéutica.

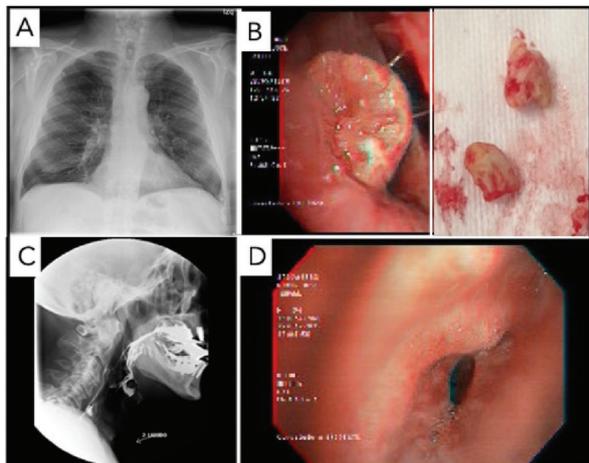


Figura 1. A: Radiografía de tórax sin hallazgos relevantes. **B:** Cuerpos extraños bajo visión endoscópica con reacción granulomatosa circundante y visión macroscópica de los cuerpos extraños. **C:** Video deglución con oclusión epiglótica incompleta y penetración laríngea con la textura líquida. **D:** Imagen endoscópica de control con mejoría de la reacción granulomatosa.

138. Cosechando resultados positivos con uso de Tezepelumab en asma no T2, experiencia desde un caso clínico. Tania Yudit Ramírez Torres, Nestor Rodríguez Melean, María De Las Mercedes Carrasco Sánchez, José Carlos Gordillo Montilla, María Candela Martínez, Mercedes García Salmones. *Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid, Móstoles, España*

Resumen del caso clínico

Los fármacos biológicos constituyen un importante arsenal terapéutico en el asma bronquial grave de difícil control. Tezepelumab es una nueva herramienta terapéutica para pacientes con perfil no T2, con un posible efecto asociado en el manejo de la hipersecreción bronquial y tapones mucosos.

Varón de 57 años, exfumador (IPA 17), sin alergias, obesidad, enfermedad por reflujo gastroesofágico y asma bronquial grave no controlada sin eosinófila periférica (0-100), fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO) bajo 25-37, obstrucción bronquial moderada reversible (FEV1/FVC 63, FEV1 2450 ml), síntomas limitantes, asthma control test (ACT) de 8, asociando broncorrea persistente, en escalón terapéutico 5 (dosis altas de corticoides inhalados, beta 2 agonistas de acción larga, antimuscarínicos de acción larga y antileucotrienos).

A partir del año 2020 al 2021 inicia con neumonías de repetición (tres en diferentes lóbulos) con crisis asmáticas asociadas, se realiza fibrobroncoscopia en noviembre 2021, aislando *Pseudomonas aeruginosa* multisensible, recibe tratamiento con intención erradicadora con ciprofloxacino 750 mg por 21 días, confirmando posteriormente persistencia de infiltrados alveolares, por lo que se indica tratamiento intravenoso con amikacina e imipenem por 21 días, persistiendo con inadecuado manejo de secreciones. Se realiza TAC de tórax con evidencia de bronquiectasias cilíndricas en ambos lóbulos inferiores con impactaciones mucosas. Iniciando en febrero 2022 colistina nebulizada y fisioterapia respiratoria.

En vista del deterioro progresivo de la función pulmonar (descenso de FEV1 1860 ml) persistencia de neumonías recurrentes, en marzo 2023 se intenta optimizar tratamiento con azitromicina 250 mg interdiario y pocos meses después se inicia suero salino hipertónico al 3%; logrando disminución de las neumonías por año, pero con persistencia de hipersecreción bronquial, inadecuado control de asma ACT 11 y uso de inhaladores de rescate frecuentes. Ante ausencia de mejoría se decide en marzo 2024 indicar tezepelumab, presentando inicialmente efectos secundarios leves: cefalea, odinofagia, artralgias por varias semanas, que se controlaron pre-medicando con paracetamol.

Tras 9 meses de evolución usando tezepelumab, se evidencia control sintomático ACT 20, sin agudizaciones asmáticas, con un solo ingreso por neumonía en julio del 2024, sin nuevo aislamiento de *Pseudomonas*, mejoría de función pulmonar con aumento del FEV1 a 2150 ml, control de la hipersecreción bronquial, evidenciando mejoría radiológica significativa de tapones mucosos en TAC de control.

Tezepelumab anticuerpo monoclonal humano dirigido contra la linfopoyetina estromal tímica (TSPL) ha demostrado resultados positivos en control de asma grave perfil T2 y no T2, reduciendo agudizaciones, hospitalizaciones y visitas a urgencias, mejorando el control de la enfermedad y calidad de vida, con un papel prometedor en el manejo de la hipersecreción bronquial y tapones mucosos.

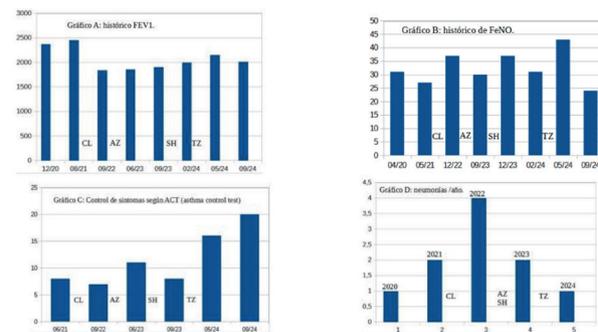


Gráfico A: histórico de volumen espiratorio forzado en el 1er segundo (FEV1). Gráfico B: histórico de fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO). Gráfico C: control de síntomas según asthma control test (ACT). Gráfico D: frecuencia de neumonías por año, desde 2020 al 2024. Fecha en la que se inicia tratamiento con: colistina nebulizada (CL) enero 2022; azitromicina (AZ) marzo 2023; suero salino hipertónico 3% (SH) octubre 2023; tezepelumab (TZ) marzo 2024.

Imagen 1.

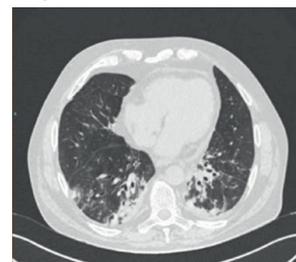


Imagen 2.



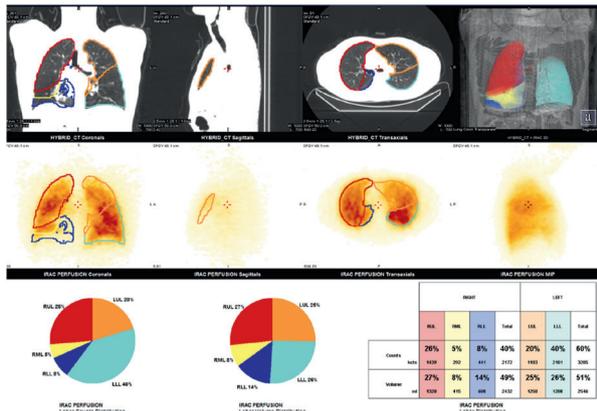
Comparación de 2 imágenes de tomografías de tórax (TAC) del paciente, a la izquierda imagen 1 con infiltrados, bronquiectasias cilíndricas e impactaciones mucosas en ambos lóbulos inferiores, realizada 01/12/21 e imagen 2 a la derecha con mejoría significativa de los tapones mucosos, sin infiltrados, realizada 09/07/2024 en Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

145. El dilema clínico frente a los pacientes con ergometría positiva. Rafael Gregorio Marulanda Melo¹, Stephany Ivonne Briones Alvarado¹, Paola Antonella Benedetti¹, Luis Puente Maestu¹, Javier García López¹, Angela Peñalosa González². ¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Madrid, España, ²Hospital Universitario Santa Cristina, Madrid, España

Resumen del caso clínico

Varón de 53 años con antecedente de cáncer renal, identificación de nódulos pulmonares en estudio de extensión. Tratado mediante nefrectomía parcial y resección quirúrgica de las lesiones pulmonares. La biopsia renal confirmó el diagnóstico de carcinoma renal de células claras sarcomatoide. En tomografía de control se observó nódulo en L1D de nueva aparición, por lo que se realizó broncoscopia (FBC) y criorresección de la lesión. La biopsia pulmonar dio como resultado carcinoma de células claras de origen renal. Tras presentar caso en el Comité de Tumores Torácicos se decidió realizar lobectomía inferior derecha y pruebas de función respiratorias (PFR) para estimar si existía margen para la lobectomía. En la PFR se objetivó una VEF1 del 99% y una DLCO de 40%. La ergometría evidenció un consumo máximo de oxígeno (VO2max) de 14.4 ml/min/Kg. Al realizar los cálculos para estimar

la VEF1 y DLCO postoperatoria (VEF1-ppo y DLCO-ppo) los resultados fueron de un 73% y 29% respectivamente. El consumo de oxígeno máximo postoperatorio calculado (VO2max-ppo) fue de 10.6 ml/min/Kg y 33.7%. En vista de que ante los resultados antes expuesto el paciente no toleraría la lobectomía, se optó por realizar una gammagrafía de perfusión y realizar los cálculos de la VEF1-ppo, DLCO-ppo y VO2max-ppo con base en esta. Según los datos proporcionados por la gammagrafía, el paciente toleraría la lobectomía (VEF1-ppo 91%, DLCO-ppo 37%, VO2max-ppo de 13.248 ml/min/Kg y 41%), pero no la neumonectomía (VEF1-ppo 59%, DLCO-ppo 24%, VO2max-ppo de 8.64 ml/min/Kg y 27%). La predicción de la función residual postlobectomía puede estimarse con bastante fiabilidad utilizando la gammagrafía pulmonar de perfusión como calculando la contribución teórica del lóbulo a resecar. Esto permite realizar una valoración aceptable de la pérdida funcional en centros donde no se disponga de la infraestructura necesaria para hacer estudios como la ergometría.



154. Derrame pleural como presentación de tumor germinal. Irene Hontanaya Navas, Isabel Jiménez Reyes, María Reyes Sánchez Jaldo, Javier Ocampo Gómez, Barbara Steen. *Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España*

Resumen del caso clínico

Varón de 27 años con el único antecedente de extabaquismo muy leve. Acudió a Urgencias por cuadro de disnea, dolor pleurítico derecho y tos de 4 días de evolución, con historia previa de hacia un mes de traumatismo torácico derecho mientras jugaba al fútbol, con dolor inicialmente en zona de caída, pero con mejoría progresiva. A la exploración física se objetivó saturación basal del 92%, taquipnea con habla entrecortada, ensanchamiento del perímetro cervical e ingurgitación yugular bilateral, adenopatía axilar derecha no dolorosa de 1 cm y auscultación pulmonar con murmullo vesicular abolido en campo pulmonar derecho. La radiografía de tórax evidenció derrame pleural derecho que ocupaba dos tercios inferiores del hemitórax derecho y ensanchamiento mediastínico con ocupación de la ventana aortopulmonar (Figura 1A). Dado antecedente de traumatismo torácico, presencia de derrame pleural extenso y compromiso respiratorio, se comentó con cirugía y se decidió inicialmente colocación de drenaje endotorácico, con salida de líquido de aspecto serohemático, compatible con exudado de celularidad mixta con LDH muy alta, glucosa baja y ADA mínimamente elevada, con cultivos posteriormente negativos. Debido a presencia de síndrome de vena cava superior (SVCS) y ensanchamiento mediastínico se amplió estudio con tomografía computarizada (TC) de tórax y tomografía por emisión de positrones (PET-TC) objetivando gran masa mediastínica anterior muy heterogénea e hipercaptante, con desplazamiento de las estructuras mediastínicas hacia la izquierda, en íntimo contacto con el pericardio y estructuras vasculares, sin captación patológica a otro nivel, con sospecha de proceso maligno (Figura 1B). Posteriormente, se realizó biopsia guiada por TC, con muestras compatibles con tumor germinal tipo seminoma y se descartó tumor primario a nivel testicular. Resto de pruebas complementarias se muestran en la tabla 1. Ante diagnóstico de tumor germinal primario mediastínico, se inició tratamiento con quimioterapia.

Discusión: Los seminomas son tumores germinales, que constituyen hasta el 2-4% de las masas mediastínicas, siendo la localización más frecuente el mediastino anterior y afectando típicamente a varones entre 20 y 40 años. Generalmente se presentan con clínica inespecífica (tos, dolor torácico, disnea, síndrome tóxico), sintomatología compresiva como SVCS o como hallazgos radiológicos causales. La presencia de derrame pleural es una manifestación poco frecuente pero clínicamente relevante, dado que su presencia puede indicar enfermedad agresiva. Habitualmente el líquido pleural se caracteriza por ser exudado linfocítico. El desarrollo del mismo se puede deber a diversos mecanismos como compresión, obstrucción linfática, etiología paraneoplásica, infección o hemorragia.

En este caso, destaca el debut del tumor germinal con presentación de derrame pleural, planteando inicialmente el diagnóstico diferencial de origen traumático/sobreinfección dado traumatismo previo.

Pruebas complementarias	
Analítica sanguínea	Leucocitos: 16580 Neutrófilos: 14300. Coagulación: INR 1.4. LDH: 3399 PCR: 235
ECG	Taquicardia sinusal a 120 lpm. Eje normal. QRS estrecho.
Marcadores tumorales	AFP 10 U/l B-hCG 6129.9 U/l
Líquido pleural	Bioquímica: pH > 7.2, glucosa baja, LDH muy alta (> 10.000), ADA levemente elevada. Citología y cultivos negativos.
Biopsia masa mediastínica	Células poligonales, atípicas, mononucleadas, con nucléolos conspicuos y citoplasmas claros y abundantes. Expresión intensa y difusa: OCT4/3, PLAP, CD117- y D240. Positividad: CKAE1AE3, PRAME y HCG.
Ecografía testicular	Ambos testes y epidídimos de localización intraescrotal normal. Vascularización normal. Múltiples microcalcificaciones. No se observan lesiones ocupantes de espacio ni otros signos que sugieran tumor testicular.

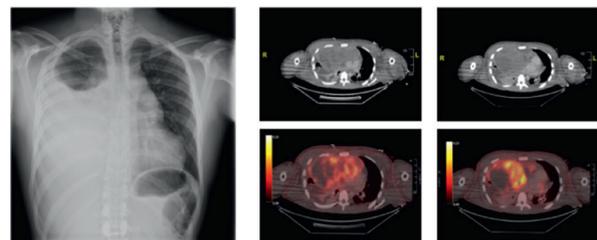


Figura 1. A) Radiografía de tórax: derrame pleural derecho, ocupación ventana aortopulmonar y ensanchamiento mediastínico. B) TC tórax y PET-TC: Gran masa mediastínica que desplaza estructuras, heterogénea e hipercaptante.

171. Dermatomiositis anti-MDA5 y afectación pulmonar: ¿secundaria a la enfermedad o al tratamiento de esta?. Julia Dorta Díez De La Lastra¹, Ana De La Rocha Prieto¹, Ana Cristina Gallotti¹, Hamza Matar¹, Nieves Hoyos Vázquez¹, Álvaro Casanova Espinosa^{1,2}. ¹Hospital del Henares, Madrid, Coslada, España, ²Facultad de Medicina, Universidad Francisco de Itoya, Madrid, España

Resumen del caso clínico

Mujer de 54 años con antecedentes de ser exfumadora, dislipidemia, y síndrome de Gilbert, que en septiembre de 2022 fue diagnosticada de dermatomiositis con AC anti-MDA5, sin EPID en ese momento. Se trató con hidroxicloroquina, micofenolato, y prednisona.

En enero de 2023 ingresó por insuficiencia respiratoria, clínica articular y mecánica. En el TACAR presentaba áreas de consolidación con broncograma sugestivas de neumonía organizada. Se pautaron bolos de metilprednisolona y rituximab. Se aumentó la dosis de micofenolato y se inició amlodipino. Se inició profilaxis con sulfametoxazol/trimetoprima. La paciente se estabilizó clínicamente, fue dada de alta con OCD.

En marzo de 2023 sufrió un neumomediastino y precisó ingreso. Se inició tratamiento con nintendanib, se suspendió micofenolato y se inició tacrolimus y ciclofosfamida. La evolución fue favorable. A los meses desarrolló un Herpes Zoster, que se trató con aciclovir.

En noviembre de 2023, en el TACAR se observó la aparición de una nueva lesión cavitada en LSD. Se realizó una FBC y se realizó un LBA en el LSD, se aisló un *S. pneumoniae*, y se inició antibioterapia con amoxicilina/ácido clavulánico durante 6 semanas ante la sospecha de absceso pulmonar. Tras dicho periodo se realizó una radiografía de control en la cual no hubo cambios. En el PET-TC la lesión presentaba leve-moderada actividad metabólica. Se presentó el caso en el comité de tumores impresionando de ser una lesión de etiología inflamatoria o infecciosa como primera posibilidad. Se comenzó disminución de dosis de prednisona.

En el TC de tórax de marzo de 2024 se objetivó aumento del tamaño de lesión cavitada en LSD. Se realizó BAG, no evidenciándose celularidad tumoral. Se realizó una nueva FBC con aislamiento de *A. odontolyticus*, se trató con ceftriaxona. Se derivó a la paciente a otro hospital para realizar BTB y EBUS sin hallarse malignidad. Finalmente se decidió seguimiento con TC.

Ese verano comenzó con esputos verdosos abundantes, y esputos hemoptoicos autolimitados, además de pérdida de peso. Se fue disminuyendo la prednisona. En el TC de control de agosto la lesión cavitada presentaba mayor contenido parcialmente sólido, compatible con micetoma. Se repitió una FBC sin aislamientos microbiológicos. Dado que se mantenía estable a nivel cutáneo y articular, tras cumplir dos años del tratamiento con tacrolimus se disminuyó la dosis.

Se valoró cirugía de lesión cavitada en LSD pero se descartó por criterios de operabilidad.

En noviembre de 2024 la paciente presentó una agudización de su EPID tipo NO-NINE. En el LBA todos los cultivos fueron negativos excepto el Antígeno de galactomanano (0.398). Se trató con isavuconazol, meropenem y linezolid. Se mantuvo la profilaxis con septrim. Se trató con bolos de metilprednisolona, y posteriormente ciclofosfamida. La paciente precisó IOT con periodos de decúbito prono. Fue desestimada para ECMO. Falleció finalmente en la UCI.

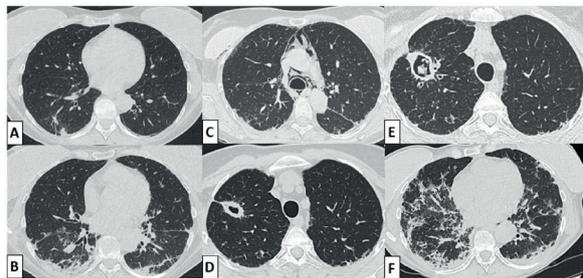


Figura 1. A: Áreas de consolidación mal definidas en lóbulos inferiores. B: Áreas de consolidación con broncograma tipo neumonía organizada. C: Neumomediastino. D: Lesión cavitada en vértice derecho. E: Lesión con componente sólido, compatible con micetoma. F: Áreas en vidrio deslustrado y mayor componente fibrótico en ambos lóbulos inferiores, lóbulo medio y lingula.



Figura 2. A: Manos de la paciente con Pápulas de Gottron. B: Manos de la paciente con úlceras digitales y "manos de mecánico". C y D: Herpes Zoster.

PFR	FVC ml	FVC %	FEV1 ml	FEV1 %	FEV1/FVC	DLCO mmol/l	DLCO %	KCO mmol/l	KCO %
23/09/2022	3410	88	2540	83	74	6.36	72	1.29	83
21/01/2023	2140	55	1680	55	78	2.99	34	0.91	59
07/02/2023	2270	58	1830	60	80	3.2	36	0.99	64
05/05/2023	2370	61	1850	61	78	3.0	34	0.96	62
16/06/2023	2410	62	1890	62	78	3.54	40	1.08	70
07/11/2023	2770	72	2260	75	82	3.53	40	0.95	62
23/09/2024	3030	79	2410	80	79	3.10	35	0.78	51

179. Efectividad del tratamiento con mepolizumab en paciente con neumonía eosinófila crónica. María Longás Ouzzine¹, Cindy Stephania Aponete Guevara¹, Daniel Laorden Escudero¹, Guillermo Escuer Albero², David Romero Ribate¹, Rodolfo Álvarez-Sala Walther¹. ¹Departamento de Neumología, Hospital Universitario La Paz, Universidad Autónoma de Madrid, IdiPAZ, y CIBER de Enfermedades Respiratorias CIBERES, Madrid, España, ²Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Universitario La Paz, Universidad Autónoma de Madrid, IdiPAZ., Madrid, España

Resumen del caso clínico

Introducción

La neumonía eosinófila crónica (NEC) es una enfermedad rara caracterizada por un infiltrado extenso de eosinófilos en el parénquima pulmonar, con síntomas como disnea progresiva, tos productiva, fiebre y pérdida de peso. Predomina en mujeres (proporción 2:1) y se asocia con atopia y asma. Su diagnóstico es complejo, ya que no existe un biomarcador

específico. Se han identificado eosinofilia periférica, elevación de IgE y reactantes de fase aguda. En la radiografía de tórax, los infiltrados periféricos simulan una imagen en negativo del edema pulmonar.

El tratamiento de primera línea son los corticoides sistémicos, aunque las recaídas son frecuentes y los efectos adversos a largo plazo limitan su uso. Recientemente, agentes anti-IL-5 como mepolizumab han surgido como alternativa, actuando en la diferenciación y activación de eosinófilos.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 34 años con NEC refractaria a corticoides. Desde la adolescencia experimentó exacerbaciones frecuentes, requiriendo múltiples ciclos de corticoides sistémicos anuales. En 2007 se diagnosticó neumonía eosinofílica mediante biopsia pulmonar. Se inició omalizumab sin respuesta clínica satisfactoria, por lo que en 2017 se comenzó tratamiento con mepolizumab (100 mg/mes). Durante seis años ha mostrado una respuesta clínica estable con reducción de exacerbaciones y menor necesidad de corticoides.

Resultados

El seguimiento mostró mejoría en función pulmonar (FEV1) y reducción significativa en el recuento de eosinófilos y su actividad inflamatoria (medida por proteína catiónica eosinofílica). En estudios previos, el tratamiento con mepolizumab ha demostrado reducción de eosinofilia periférica y resolución de infiltrados pulmonares, favoreciendo un mejor control de la enfermedad, con disminución de exacerbaciones y menor requerimiento de corticoides. Su perfil de seguridad ha sido favorable, sin efectos adversos relevantes.

Conclusión

Mepolizumab es una opción terapéutica eficaz y segura en pacientes con NEC, permitiendo reducir el uso de corticoides sistémicos y mantener una mejoría clínica sostenida. La aplicación de la proteína catiónica eosinofílica como biomarcador representa una contribución novedosa en el seguimiento de la enfermedad. Se requieren ensayos clínicos adicionales para establecer su rol como tratamiento estándar.

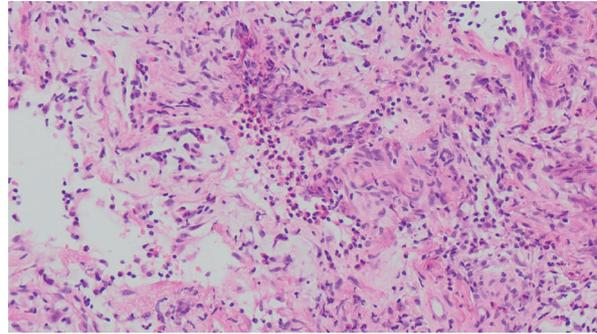


Imagen 1. Biopsia pulmonar de la paciente. Infiltrado denso de eosinófilos en localización intersticial e intraalveolar. (20x; H-E, hematoxilina eosina).

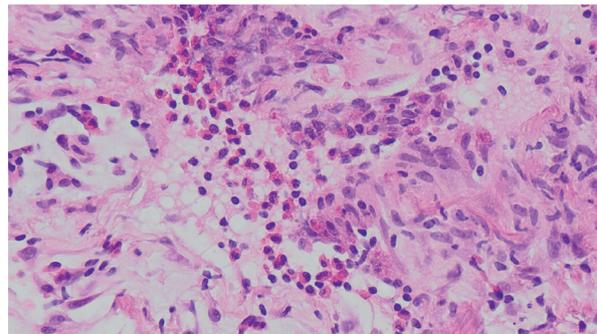


Imagen 2. Biopsia pulmonar de la paciente. Infiltrado denso de eosinófilos en localización intersticial e intraalveolar. (40x; H-E, hematoxilina eosina).

Tabla 1. Pruebas funcionales respiratorias y parámetros clínicos durante el seguimiento con tratamiento de mepolizumab

	pre-treatment	1 year post-treatment	2 year post-treatment	3 year post-treatment	4 year post-treatment	5 year post-treatment	6 year post-treatment
ACT	21		22	22	22	22	22
AQLQ	5.75		5.56	6.34	6.40	5.81	5.81
SNOT-22	20/110		26/110	18/110	16/110	26/110	22/110
TAI	45/50		45/50	45/50	45/50	45/50	46/50
FVC	3.75 L (93%)		3.66 L (91%)	4.32 L (87%)	3.82 L (91%)	3.93 L (94%)	3.92 L (94%)
FEV1	2.01 L (57%)		1.83 L (52%)	2.23 L (62%)	2.49 L (71%)	2.42 L (69%)	2.35 L (68%)
FEV1/FVC (%)	53		49	59	65	61	60
FeNO (ppb)	232		129	115	86	97	114
Eosinophils (per mL)	640	60		60	80		60
IgE (kU/L)	517	191		278	254		206
ECP (mcg/L)	134	14.7		24	36.30		55
Prednisone (mg/day)	10		0	0	0	0	0
Exacerbations per year	3		1	0	0	0	0

ACT (Asthma Control Test), AQLQ (Asthma Quality of Life Questionnaire), SNOT 22 (Sinonasal Outcome Test), TAI (Test of Adherence to Inhalers), FVC (Forced Vital Capacity), FEV1 (Forced Expiratory Volume in 1 second), FeNO (Fractional Exhaled Nitric Oxide), ECP (Eosinophil cationic protein).

183. Derrame pleural como presentación de enfermedad de still del adulto: a propósito de un caso. Alejandro Desmaison Ibarra, Pedro Piñero Gutiérrez, Marco Calmarini Osma, María Isabel Colomer Martorell, Miren Itziar Fernández Ormaeachea. *Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, Madrid, España*

Resumen del caso clínico

La enfermedad de Still del adulto es una enfermedad sistémica rara caracterizada clásicamente por fiebre, artritis o artralgiás y rash evanescente.

Presentamos el caso de una mujer de 75 años que ingresó por derrame pleural bilateral acompañado de artralgiás y fiebre, y que durante el ingreso desarrolló rash cutáneo maculopapular de color asalmonado.

Se realizó un estudio completo del derrame pleural descartándose origen infeccioso, autoinmune y tumoral mediante pruebas microbiológicas, serológicas, de imagen y de anatomía patológica. Ante la sospecha de Enfermedad de Still del adulto se inició tratamiento con corticoides sistémicos presentando posteriormente muy buena evolución.

El derrame pleural puede ser una manifestación de enfermedades infecciosas, tumorales o inflamatorias, y un enfoque sistemático es fundamental para poder alcanzar un diagnóstico, incluidos aquellas entidades en las que el diagnóstico sea por descartar, como el caso que presentamos.

Tabla 1. Evolución de los marcadores séricos de inflamación (proteína C reactiva y ferritina) y el descenso evidente de estos una vez iniciados los corticoides?

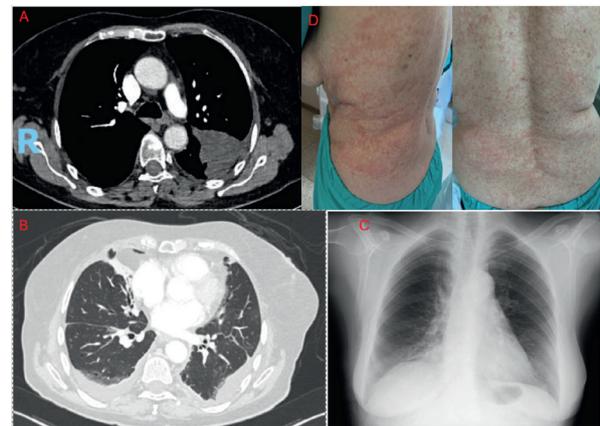
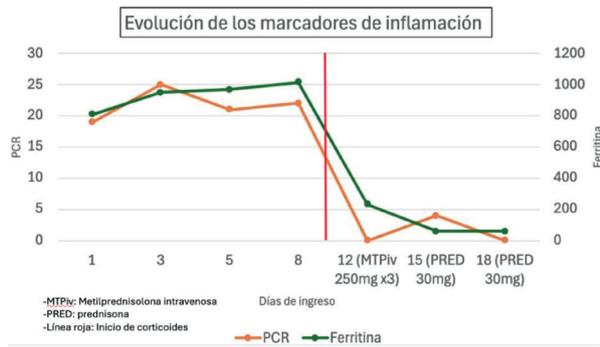


Figura 1. Evolución de las imágenes de tórax. (A): TC de tórax en urgencias donde se aprecia derrame pleural izquierdo. (B): de tórax al octavo día de ingreso con aparición de derrame pleural derecho. (C) ? (C): Resolución de los derrames pleurales. (D): Rash cutáneo maculopapular en tórax de color asalmonado. Fotos obtenidas con el consentimiento de la paciente?

38. Lesión periférica: tumor primario o metástasis. Paola Antonella Benedetti, Rafael Marulanda Melo, Laura Egea Moreno, Laura Gómez Cobos, Luis Puente Maestu, José Javier García López. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Madrid, España*

Resumen del caso clínico

Mujer de 79 años que acude remitida por su médico de familia tras hallazgo radiológico pulmonar sospechoso en un centro privado. Consultó por cuadro constitucional.

Antecedentes

- Ex fumadora desde 2010 (35 paq/año).
- EPOC tipo bronquitis crónica en tratamiento triple terapia.
- Adenocarcinoma de Colon 2013 con tratada con cirugía y resección de metástasis hepática única. Sin recidivas hasta la actualidad.

Pruebas Complementarias

- Lesión pseudonodular espiculada en lóbulo superior de pulmón derecho de diagnosticado en TAC del 28/06/2024: "Aumento de tamaño de lesión pseudonodular espiculada en segmento anterior subpleural del LSD de 25 x 20 mm (en estudio previo media 18x16 mm). Sugestivos de tumoración primaria aunque no se descarta completamente origen secundario por antecedentes oncológicos".
- PET TC con captación patológica (SUV 12.3) en LSD sin otras lesiones torácicas. Captación sospechosa de recidiva en la zona de la intervención oncológica del colon con colonoscopia negativa.
- Función pulmonar: FEV1 0.46 L (30% Z -3.67) FVC 1.15 L (58% Z -2.32) DLCO no se pudo realizar por FVC.
- Se realizó planificación de virtual de la broncoscopia con planificador LungPoint-Archimedes (SH) y broncoscopia con escopia, sonda de ecografía radial y broncoscopia ultrafino. Se identificó zona sospechosa y se realizó criobiopsias transbronquiales con sonda 1.1 mm.
- Resultado: carcinoma epidermoide de pulmón T2N0M0. No fue candidata a la opción quirúrgica por mala función pulmonar. TRATAMIENTO: SBRT (Stereotactic body radiotherapy) AJUSTADO POR TIPO HISTOLÓGICO.

Conclusiones

- El diagnóstico de lesiones periféricas y su diferenciación de metástasis es un reto que requiere el uso de herramientas avanzadas y exploradores experimentados.
- Los pacientes que no son candidatos a cirugía pero sí a radioterapia, deben ser prioritarios en el intento diagnóstico por la necesidad del ajuste de la dosis a la radiosensibilidad del tipo de tumor.

46. El dolor de cabeza que desvió el diagnóstico: metástasis cerebral como hallazgo tardío. Ana Cristina Gallotti, Ana De La Rocha, Hamza Matar, Julia Dorta, Nieves Hoyos, Alvaro Casanova. *Hospital del Henares, Madrid, Madrid, España*

Resumen del caso clínico

Mujer de 55 años con antecedentes de tabaquismo activo (44 paquetes/año), traumatismo craneoencefálico por accidente de tráfico en 2018, y antecedentes de coledocolitiasis y colangitis tratados con esfinterotomía. En mayo de 2024, acudió a urgencias por cefalea, siendo diagnosticada inicialmente como un quiste sebáceo en la región temporoparietal izquierda, sin signos de infección. En junio, presentó dolor costal y dificultad respiratoria transitoria, lo que motivó la realización de una radiografía de tórax que mostró una lesión nodular en el lóbulo superior derecho, altamente sugestiva de un proceso neoplásico. Un TAC posterior confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar primario con metástasis a pulmón izquierdo, ganglios linfáticos, huesos y lesiones craneales.

El diagnóstico definitivo de adenocarcinoma pulmonar metastásico fue corroborado por ecobroncoscopia, con expresión de PD-L1 del 60%. El tratamiento paliativo se inició con pembrolizumab (inmunoterapia), ácido zoledrónico para metástasis óseas y tenofovir para tratar la infección activa por hepatitis B. A pesar de la progresión de las metástasis óseas, especialmente en la calota craneal, la paciente presentó buen control del dolor y mejoría en

su calidad de vida. En noviembre de 2024, se administró radioterapia paliativa en la lesión craneal, desarrollando inflamación facial y mastitis, que posteriormente se resolvieron con antibioterapia y antiinflamatorios.

A enero de 2025, la paciente continúa con tratamiento oncológico y seguimiento integral, con control de los síntomas y estabilidad en la enfermedad.

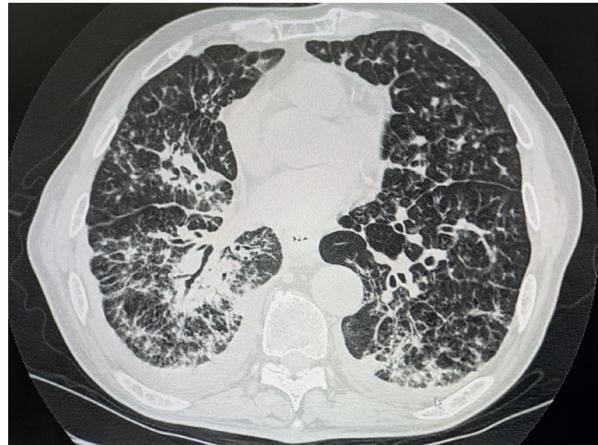


patrón intersticial interlobulillar. Por este motivo, se realiza una fibrobroncoscopia con aislamiento tanto en aspirado como en el lavado bronquial de *Aspergillus fumigatus* y *flavus*, ambos sensibles a voriconazol. Se determinó el galactomanano con resultado positivo. Tanto la autoinmunidad, como el IGRA y las serologías fueron negativas. Ante estos hallazgos encontrados, se diagnostica al paciente de aspergilosis pulmonar invasiva y se inicia tratamiento con voriconazol y meropenem.

Durante su ingreso tuvo varias complicaciones. Se diagnosticó de una trombosis venosa profunda de aparente tiempo de evolución, con posterior hemoptisis y hematuria en relación con inicio de anticoagulación. Presentaba una lesión purpúrica sobreelevada en cara interna del muslo por la cual se consultó con dermatología y se realizó punch de esta. La inmunohistoquímica fue positiva para CD34 y HHV8 compatible con sarcoma de Kaposi clásico. No fue subsidiario de tratamiento dada situación actual.

En cuanto a la terapia con inmunoglobulinas, que siguió recibiendo, tuvo un episodio de reacción a la infusión por lo que precisó suspensión y reinicio posterior. Mantuvo cifras de IgG > 500 en las primeras semanas de ingreso, con posterior empeoramiento.

A pesar del tratamiento la evolución fue tórpida, con empeoramiento progresivo a nivel clínico, analítico y radiológico con mayor afectación parenquimatosa bilateral, componente consolidativo y aumento de lesiones nodulares. Se aisló posteriormente en esputo *Aspergillus niger* y *rhizomucor pusillus*. Realizó hepatotoxicidad farmacológica por voriconazol, por lo que se modificó tratamiento a isavuconazol y se añadió linezolid. A pesar de lo anterior, no se objetivó mejoría clínica y se constataron varios picos febriles con aislamiento en hemocultivos de *Stenotrophomonas maltophilia* modificándose nuevamente antibioterapia a cotrimoxazol y daptomicina. El paciente fue empeorando progresivamente, precisando de rescates de mórficos, hasta el éxitus.



TC TORÁCICO en ingreso por aspergilosis pulmonar invasiva durante el tratamiento.



RX TÓRAX del paciente durante el tratamiento por aspergilosis pulmonar invasiva.

101. Más allá de una exacerbación. Lydia Rodríguez Romero, Natividad Quilez Ruiz-Rico, María Begoña Pérez De Paz, Nada Raissouni Ouazzani, Esther Anton Diaz, Dolores Alvaro Álvarez. *Hospital Universitario de Móstoles, Madrid., Madrid, España*

Resumen del caso clínico

Paciente de 69 años con antecedentes de EPOC moderado GOLD E e inmunodeficiencia común variable conocida, leucopenia y neutropenia, en tratamiento con inmunoglobulinas y azitromicina debido a infecciones respiratorias de repetición.

Ingresa en planta por exacerbación de EPOC, infección respiratoria por virus respiratorio sincitial y broncoespasmo. Se comienza tratamiento con broncodilatadores y esteroides, así como antibioterapia empírica con ceftriaxona. Dada la persistencia de patrón intersticial en radiografía de tórax actual y de lesiones pseudonodulares en TC previo, se solicita nuevo TC de control en el que se observa un empeoramiento radiológico con incremento del número y tamaño de lesiones nodulares bilaterales, así como presencia de

Mediante este caso clínico vemos como a pesar de un correcto tratamiento la aspergilosis invasiva continúa teniendo una elevada mortalidad, así como la importancia del diagnóstico precoz ante pacientes con patología previa.

121. No toda masa es cáncer. María Begoña Pérez De Paz¹, Lydia Rodríguez Romero¹, Natividad Quilez Ruiz-Rico¹, Esther Antón Díaz¹, Dolores Álvaro Álvarez¹, Carlos Alfredo Fraile Olivero². ¹Hospital Universitario de Móstoles, Madrid., Madrid, España, ²Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid., Madrid, España

Resumen del caso clínico

Varón de 58 años, sin antecedentes médicos relevantes, valorado en Medicina Interna por artropatía gotosa y síndrome constitucional, con hallazgo en analítica de marcador Ca19.9 elevado.

Se inicia estudio con Rx tórax y TC toracoabdominopélvico donde se describe una masa pulmonar en lóbulo inferior izquierdo de 5.19 × 9.97 × 7.36 cm, subpleural, con múltiples bronquiectasias adyacentes, con pequeños nódulos pulmonares subpleurales bilaterales y pérdida de volumen con tractos cicatriciales locorregionales, a descartar neoplasia como primera posibilidad.

Se solicita broncoscopia objetivando una estenosis del bronquio subsegmentario del lóbulo inferior izquierdo, sin lesiones visibles de infiltración sugerentes de tumor. Se tomó muestra de 2 subsegmentarios de S-10 izquierdo, en la que se objetivó mucosa bronquial y parénquima pulmonar sin evidencia de malignidad. El broncoaspirado fue negativo para células malignas.

Se realizó biopsia con aguja gruesa, obteniéndose un líquido descrito como serohemático. Los resultados también fueron negativos para malignidad y en el informe anatomopatológico se describe la muestra como mucosa bronquial con celularidad inflamatoria y epitelio bronquial.

La biopsia se llevó a cabo sin complicaciones inmediatas, pero con inicio de dolor pleurítico izquierdo. Dado el empeoramiento clínico, analítico y radiológico, con aumento de densidad basal izquierda y derrame pleural, se decide ingreso en Neumología. Durante el mismo, se revisa el caso clínico, solicitando valoración de imágenes previas por Radiología, que indica la posibilidad de que la masa corresponda a una malformación adenoide quística, en segmento posterobasal del lóbulo inferior izquierdo, ya que presenta características de lesión pulmonar multiquistica.

Debido al empeoramiento clínico, se realiza TC torácico en el que se objetiva derrame pleural de características no hemáticas, con atelectasia pasiva. Se intenta realizar toracocentesis, no consiguiendo la misma por cámara insuficiente en ecografía. Recibe antibioterapia con Meropenem sin mejoría, por lo que se añade Linezolid. Se acuerda, con Cirugía Torácica, actitud expectante ya que no se sospecha hemotórax.

Ante persistencia clínica y TC de control donde se objetiva derrame pleural con empeoramiento radiológico, de aspecto loculado, con tenue realce pleural sugerente de exudado, se decide traslado al Hospital Clínico. Se realizó

lobectomía inferior izquierda sin complicaciones, evidenciando buena evolución clínica y radiológica posterior. Los resultados de anatomía patológica, de la pieza extraída, reflejaron una malformación congénita de vía aérea pulmonar tipo 2/Malformación adenoide quística tipo 2.

Con este caso clínico valoramos la importancia del diagnóstico diferencial, y contar con la malformación adenoide quística como posibilidad en adultos, ya que puede haber pasado desapercibida en el periodo neonatal.



TAC tórax posterior.

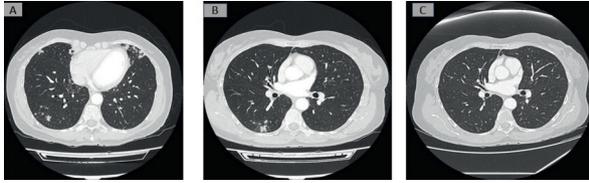
122. Fagoterapia como alternativa terapéutica en la enfermedad pulmonar refractaria por mycobacterium abscessus: a propósito de un caso. Mónica Babiano Nodal¹, Pilar Domingo Calap^{2,3}, Cristina Loras Gallego Loras Gallego¹, Carmen Mira Palomino¹, Araceli Abad Fernández^{1,4}, Beatriz Raboso Moreno^{1,4}. ¹Hospital Universitario de Getafe, Madrid., Madrid, España, ²Instituto de Biología Integrativa de Sistemas, Valencia, España, ³Universitat de València, Valencia, España, ⁴Universidad Europea Madrid., Madrid, España

Resumen del caso clínico

Las bacterias multirresistentes a antibióticos, son causa directa de más de 1,2 millones de muertes anuales a nivel mundial, constituyendo un problema emergente. Entre ellas, las infecciones por micobacterias no tuberculosas (MNT), como *Mycobacterium abscessus*, representan un desafío debido a la resistencia antibiótica intrínseca presentada y la alta tasa de recaídas. Además, los tratamientos prolongados que se requieren no son bien tolerados, presentando efectos adversos de considerable relevancia desde un punto de vista médico. La fagoterapia, surge como una alternativa novedosa para tratar estos casos complejos, requiriendo un enfoque personalizado en su uso. Se trata de una mujer de 52 años inmunocompetente sin antecedentes relevantes, con estudio de autoinmunidad y test de sudor negativos. Presentó tos sin expectoración y febrícula de 2 meses de evolución. La radiografía de tórax mostró un infiltrado en lóbulo medio que no mejoró antibioterapia convencional. Por lo que se decidió completar estudio con tomografía computarizada de tórax (TC) en el que se evidenció pérdida de volumen, bronquiectasias y bronquiolectasias bilaterales en lóbulo medio y llingula, patrón en árbol en brote y focos nodulares parcheados (Figura 1A-B). Mediante fibrobroncoscopia, se aisló *Mycobacterium abscessus* subsp. *abscessus* en lavado broncoalveolar, con resistencias a macrólidos por mutación en el gen *erm* y sensibilidad a aminogluósidos (*rrs*). Cumpliendo criterios de la ATS 2020, se inició un tratamiento ajustado al antibiograma. Aunque presentó efectos adversos (faringitis y toxicidad ocular), completó un año de tratamiento logrando cultivos negativos. Sin embargo, tras seis meses presentó recaída clínica, radiológica y microbiológica, iniciándose nuevamente una fase de inducción. A los 15 días, desarrolló pancreatitis farmacológica requiriendo la suspensión total del tratamiento y la reintroducción posterior escalonada (Tabla 1). Ante la limitada respuesta, se aprobó el



TAC tórax inicial.



Evolución del TC de tórax (A y B) TC tórax antes de la fagoterapia mostrando bronquiectasias extensas e infiltrados nodulares. (C). Después de la fagoterapia observándose una clara mejora radiológica.

Tabla 1. Resumen tratamiento farmacológico y efectos adversos

Fases tratamiento antibiótico	Fármacos administrados	Reacciones adversas medicamentosas
1º Inducción	Imipenem 500 mg/8 h, Amikacina 500 mg/24 h, Azitromicina 250 mg/24 h, Tigeciclina 50 mg/12 h.	- Faringitis moderada (en probable relación con Amikacina nebulizada) *Se paúto: Budesonida nebulizada+ vitamina A + E *Ajuste de dosis posterior
1º Mantenimiento	Azitromicina 250 mg/24 h, Amikacina, nebulizada 50 mg/12 h con neumático tipo Jet, Moxifloxacino 400 mg/24 h, Linezolid 600 mg/24 h, Clofazimina 100 mg/24 h.	- Toxicidad ocular en relación Linezolid *Se retira Linezolid
2º Inducción	Amikacina 15 mg/kg/día, Azitromicina 500 mg/24 h, Tigeciclina 50 mg/12 h, Meropenem 1 g/12 h, Amikacina nebulizada 500 mg/12 h, Moxifloxacino 400 mg/24 h, Clofazimina 100 mg/24 h.	- Pancreatitis de origen farmacológico (en probable relación Tigeciclina) *Se suspende tratamiento 1 mes *Reintroducción individual cada 6 días
2º Mantenimiento	Azitromicina 500 mg/día, amikacina nebulizada, moxifloxacino 400 mg/día y Clofazimina 100 mg/24 h.	

uso compasivo de fagoterapia. Se administraron fagos específicos en un protocolo de 42 días mediante instilación bronquial inicial, seguida de nebulización e infusión intravenosa. (Tabla 2) El tratamiento se combinó con antibióticos en fase de mantenimiento, logrando una mejora clínica y radiológica. (Figura 1C).

No obstante, esta estrategia enfrenta desafíos importantes, como la limitada disponibilidad de fagos específicos, la falta de estandarización de protocolos y la posible aparición de resistencia bacteriana a los fagos. Por ello, su implementación requiere un enfoque personalizado y la combinación con otros tratamientos. Refuerza la necesidad de continuar investigando sobre la fagoterapia para optimizar su uso y ampliar su accesibilidad. Además, resalta la importancia de adherirse a guías internacionales, como la Guía CARE, para promover la transparencia en el reporte de casos y facilitar el desarrollo de evidencia científica sólida.

Tabla 2. Elaboración de los fagos y dosis administrada

Vía de administración *1 Vial de 3 ml de fago concentrado ($5 \cdot 10^{10}$ fagos/ml) + 147 ml de NaCl 0,9% = 50 Viales de 3 ml de fago diluido (10^9 fagos/ml)	
*Intralobar	*5 Viales de 3 ml de fago diluido (10^9 fagos/ml) + 40 ml de NaCl 0,9% *55 ml = 1 ml/kg 11 ml en cada lóbulo
*Intravenosa	*1 Vial de 3 ml de fago diluido (10^9 fagos/ml) c/12h
*Nebulizada	*1 Vial de 3 ml de fago diluido (10^9 fagos/ml) c/24h

135. Insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica por neumonía necrotizante: desafíos diagnósticos y terapéuticos. Ana De La Rocha Prieto, Julia Dorta Díez De La Lastra, Ana Cristina Gallotti, Hamza Matar, Nieves Hoyos Vázquez, Alvaro Casanova Espinosa. *Hospital Universitario del Henares, Coslada, España*

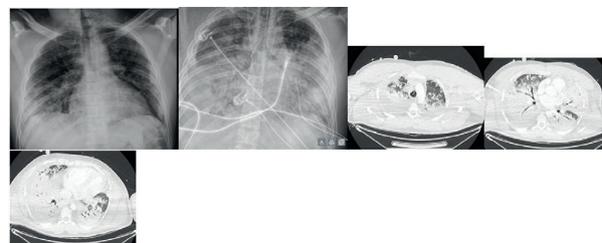
Resumen del caso clínico

Varón de 40 años sin antecedentes relevantes que acude a Urgencias refiriendo fiebre, malestar general y tos con esputos hemoptoicos, además de disnea y dolor pleurítico. Debido a su estado crítico, se realiza intubación orotraqueal de urgencia. Se inician estudios diagnósticos, incluyendo cultivos, antigenurias y TAC torácico, que muestran afectación parenquimatosa bilateral. Es ingresado en UCI por insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica secundaria a neumonía comunitaria bilateral grave.

El paciente desarrolla shock séptico con insuficiencia respiratoria grave, fracaso renal agudo anúrico y coagulopatía. Presenta requerimientos crecientes de soporte ventilatorio (modalidad PC, PEEP 15, FIO₂ 1.0), hemodinámico (noradrenalina, vasopresina, hidrocortisona) y terapia renal sustitutiva (hemofiltración continua). La evolución inicial incluye empeoramiento clínico progresivo. Se realiza un nuevo TAC que revela cavitaciones sugestivas de neumonía necrotizante, por lo que se amplía la cobertura antibiótica, incluyendo meropenem, ceftarolina, azitromicina y clindamicina. También, se observa hipocontractilidad miocárdica con FEVI del 20%, tratada con dobutamina. Posteriormente, mejora la función cardíaca (FEVI 45%) tras optimización hemodinámica. Se detecta infección por influenza A y se inicia oseltamivir. Los cultivos iniciales son negativos, y el paciente continúa afebril, aunque con leucopenia y trombopenia progresiva. A nivel renal, la función mejora con descenso de creatinina tras ajuste de la hemofiltración.

El deterioro respiratorio refractario lleva a la decisión de iniciar ECMO veno-venoso, siendo el paciente trasladado a un centro especializado tras canulación exitosa. Durante el procedimiento, recibe soporte transfusional y ajuste de terapias. El paciente presenta estabilidad hemodinámica y mejoría en la oxigenación tras la canulación (PaO₂/FIO₂ 121). Sin embargo, las pruebas de imagen post-ECMO muestran empeoramiento pulmonar con derrame pleural derecho.

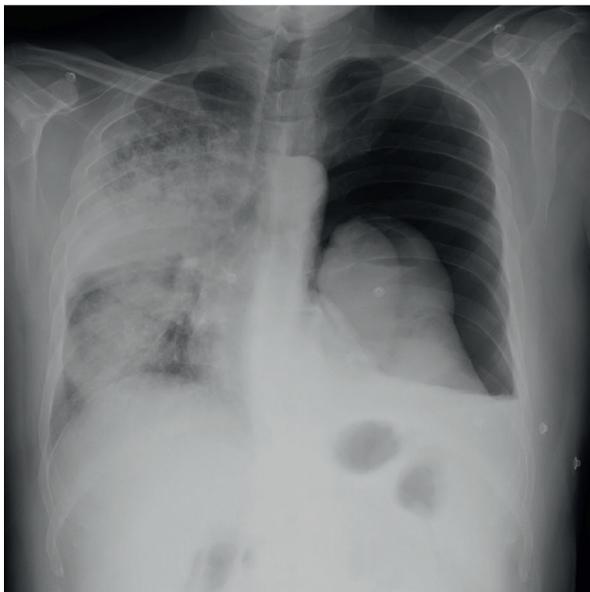
El traslado se realiza sin complicaciones, quedando pendiente la evolución en el centro receptor. Posteriormente al traslado, los cultivos obtenidos (BAS y exudado nasal) revelan crecimiento de *Staphylococcus aureus* metilicilina-resistente (MRSA) y antígeno de galactomanano positivo.



144. Siguiendo la pista...Un diagnóstico oculto en la imagen pulmonar. Paula Villaverde Rebenaque, Ester Zamarrón De Lucas, María Alejandra Castillo Ramírez, Michael Ignacio Álvarez Cedeño, Belén Sanz Sanjosé, Rodolfo Álvarez-Sala Walter. *Hospital Universitario La Paz, Madrid., Madrid, España*

Resumen del caso clínico

Varón de 59 años, hipertenso y fumador activo (IPA 30). Acude a Urgencias del Hospital Infanta Sofía por cuadro de 2 meses de disnea progresiva, tos productiva, astenia, hiporexia y pérdida involuntaria de 5 Kg. Sin fiebre, hemoptisis ni dolor torácico. Al ingreso, está taquicárdico y taquipneico (102 lpm, 20 rpm), SpO2 90%, normotenso y afebril. En la exploración física presenta abolición del murmullo vesicular en el hemitórax izquierdo, y crepitantes en el hemitórax derecho. Analíticamente no tiene signos de infección, y la gasometría revela insuficiencia respiratoria aguda parcial. La radiografía de tórax muestra opacidades alveolares difusas y confluentes en lóbulos superior e inferior derechos más hidroneumotórax total izquierdo. El diagnóstico diferencial incluyó neumonía complicada, tuberculosis pulmonar, neoplasia y enfermedad pulmonar intersticial. Se realizó toracocentesis (líquido serohemático sin aislamiento microbiológico) y se colocó un drenaje pleural. A nivel microbiológico: PCR de SARS-CoV2 positiva, resto de estudios negativos (cultivos de esputo, baciloscopias, PCR de M.tuberculosis, serologías y antigenurias). Ante el diagnóstico inicial de neumonía bilateral atípica con neumotórax total izquierdo se inicia tratamiento con dexametasona y meropenem. 24 horas después persiste el neumotórax total sin reexpansión pulmonar, con necesidad de Ventimask 50%, por lo que se decide el traslado al servicio de Neumología del Hospital La Paz con interconsulta a Cirugía Torácica. Se repiten nuevamente las pruebas, incluyendo TC de tórax en el que además de los hallazgos previos, se observa enfisema centroacinar y paraseptal y defecto de repleción en la rama lobar superior izquierda de la arteria pulmonar compatible con tromboembolismo pulmonar agudo. Tras empeoramiento analítico se añade linezolid, remdesivir y anticoagulación terapéutica. El análisis del líquido pleural es compatible con exudado, con citología sospechosa de malignidad. Se realizó broncoscopia con biopsia transbronquial, que confirmó adenocarcinoma pulmonar (TNM 8ªEd.T4N0M1a). La evolución clínica fue tórpida, con fuga aérea persistente e insuficiencia respiratoria aguda grave que precisó gafas nasales de alto flujo y un ingreso en UCI durante 5 días para vigilancia respiratoria. Dada la fragilidad del paciente y los altos requerimientos de oxígeno, Oncología determina que no es subsidiario de quimioterapia, optando por cuidados paliativos. En esta fase avanzada de la enfermedad el paciente mostró rechazo al diagnóstico y dificultad para tomar decisiones sobre el final de la vida. Tras estabilización respiratoria, se planteó alta a domicilio con oxígeno líquido y soporte de cuidados paliativos



Radiografía de tórax en Urgencias: consolidaciones parenquimatosas en lóbulos superior e inferior derechos e hidroneumotórax total izquierdo.

domiciliarios. Este caso clínico ha sido un desafío en la presentación atípica de cáncer de pulmón y la comunicación de malas noticias. Resalta la necesidad de un enfoque holístico y soporte psicológico para aceptar la enfermedad y tomar decisiones sobre el final de la vida.

147. Hemangioendoteliomatosis capilar pulmonar: diagnóstico anatomopatológico en ausencia de hipertensión pulmonar. Irene Hontanaya Navas, Irene Torres Arroyo, Isabel Jiménez Reyes, María Reyes Sánchez Jaldo, Javier Ocampo Gómez. *Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España*

Resumen del caso clínico

Mujer de 46 años, con antecedentes personales de obesidad mórbida intervenida, anemia ferropénica de causa ginecológica y trastorno de ansiedad. Inicia seguimiento por alteración radiológica en tomografía computarizada (TC) con hallazgo de múltiples nódulos milimétricos de distribución difusa con predominio en lóbulos superiores, con principal sospecha diagnóstica de sarcoidosis y/o neumonitis por hipersensibilidad (Figura 1B). Desde el punto de vista respiratorio trabaja como limpiadora con exposición a humedades, nunca fumadora, cuadros catarrales con hiperreactividad bronquial y diagnóstico previo de apnea obstructiva del sueño leve, con resolución comprobada por poligrafía tras bajada ponderal. Refiere disnea grado 1-2 mMRC, astenia generalizada, xerostomía y artrosis de manos bilateral. Examen físico sin hallazgos. Se amplía estudio con: pruebas de función respiratoria, sin presentar alteración de la ventilación ni de la difusión,

Pruebas complementarias		
Pruebas complementarias	Inicial	Final
PFRC	FVC: 3600 ml (121%) FEV1: 3000 ml (118%) FEV1/FVC: 83%. TLC: 110%. DLCOc: 98%. KCOc: 97%.	FVC: 3120 ml (106%) FEV1: 2520 ml (101%) FEV1/FVC: 80.85% TLC: 114%. DLCOc: 106%. KCOc: 106%
TM6M BASAL	SatO2 inicial: 99%. SatO2 final: 97%.	SatO2 inicial: 98%. SatO2 final: 97%.
ETT	Ausencia de dilatación de cavidades derechas e izquierdas. FEV1 normal. No alteraciones segmentarias. No aumento de presiones. Cava inferior en límite alto, con colapso inspiratorio presente. PSAP estimada 30 mmHg.	Sin cambios respecto a previo.
TC tórax	Múltiples nódulos milimétricos de distribución aleatoria (fundamentalmente centrilobulillares, peribroncovasculares y subpleurales) de baja densidad que predominio en los lóbulos superiores. Escasas áreas subsegmentarias de atrapamiento aéreo en cortes en espiración, dentro de rango fisiológico. No otros hallazgos a nivel de parénquima. Cavidades pleurales libres. Mediastino sin alteraciones. No adenopatías hilio-mediastínicas ni axilares. Cavidades pleurales libres.	Sin cambios respecto a previo.

test de la marcha sin desaturación significativa, broncoscopia sin lesiones endobronquiales con cultivos negativos y recuento celular de lavado broncoalveolar con incremento del porcentaje de linfocitos con subpoblaciones linfocitarias dentro de normalidad, analítica sanguínea con perfil de exposiciones con anticuerpos IgG *Aspergillus* elevados y perfil de autoinmunidad con positividad de anticuerpos antinucleares patrón nucleolar y anti-SSA. Valorada por Reumatología por alteración inmunológica y clínica de xerostomía, con test de Schirmer negativo, por lo que realizan biopsia de glándula salivar siendo compatible con síndrome de Sjögren (SS). Se presenta en comité multidisciplinar de enfermedades pulmonares intersticiales difusas. Debido a que las imágenes de la TC no son características de enfermedad autoinmune, dada la edad de la paciente y ausencia de comorbilidad importante, se decide biopsia quirúrgica. Se obtienen los resultados de la biopsia, siendo compatible con hemangioendoteliomatosis capilar pulmonar (HECP) (Figura 1A). Tras diagnóstico anatomopatológico, se actualizan las pruebas complementarias, resultando dentro de normalidad. Resumen de pruebas complementarias en tabla 1. Actualmente se encuentra clínicamente mejor desde la retirada de exposición a humedades, con examen físico sin ningún hallazgo significativo.

Discusión: La HECP es una entidad poco común, que afecta principalmente a niños y adultos jóvenes, sin predilección por el sexo. La etiopatogenia es desconocida y probablemente multifactorial, incluyéndose trastornos autoinmunes como el SS. La HECP sin hipertensión pulmonar (HP) es una entidad muy infrecuente, que representa un desafío diagnóstico y terapéutico, siendo esencial un seguimiento estrecho para vigilar la aparición de posibles complicaciones. El diagnóstico debe de ser multidisciplinar, se resume en la tabla 2. En este caso, destaca la histopatología compatible con HECP en ausencia de HP, por lo que se planteará cateterismo cardiaco derecho en función de la evolución.

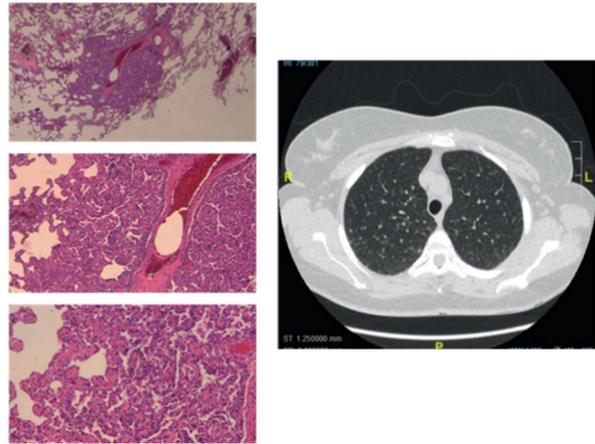


Figura 1. A) Fragmentos pulmonares que muestran proliferación pulmonar nodular y difusa de capilares con expresión de CD31+, CD34+, DS-40-. **B)** TC tórax con presencia de múltiples nódulos en campos pulmonares superiores.

Diagnóstico multidisciplinar	
Clinica	Disnea de esfuerzos (95%) Astenia generalizada Síntomas de insuficiencia cardíaca derecha Tos crónica Dolor torácico atípico Hemoptisis
Pruebas de imagen	<i>Congestión venosa:</i> opacidades difusas en vidrio deslustrado de predominio centrolobulillar, engrosamiento septal y linfadenopatía mediastínica. <i>Signos de HP</i> (agrandamiento arteria pulmonar central, hipertrofia ventrículo derecho).
*TC tórax con contraste	<i>Ausencia</i> de enfermedad cardíaca izquierda. Signos de <i>sobrecarga ventricular derecha</i> .
*Ecocardiografía	<i>*En caso de HECP sin HP puede ser rigurosamente normal.</i>
PFRC	Generalmente <i>sin alteración ventilatoria</i> y en caso de presentarla <i>alteración restrictiva leve</i> . Los volúmenes pulmonares pueden ser normales o levemente disminuidos. <i>La difusión puede estar disminuida.</i>
Gasometría arterial y TM6M	Pueden presentar insuficiencia respiratoria basal y/o desaturación significativa en test de la marcha.
Broncoscopia	Puede presentarse como hemorragia alveolar oculta (presencia de <i>macrófagos cargados de hemosiderina</i>).
Cateterismo cardiaco derecho	Presión arterial pulmonar media > 20 mmHg. Presión enclavamiento arterial pulmonar normal ≤ 15 mmHg. Resistencia vascular pulmonar ≥ 3 unidades Woods. <i>*Edema pulmonar durante pruebas de vasorreactividad:</i> muy indicativo de HECP.
Biopsia	Preferible biopsia pulmonar a transbronquial (insuficiente para diagnóstico). Diagnóstico definitivo.

149. Enfermedad tromboembólica masiva y síndrome nefrótico. Irene Macarena García Salazar, Erika Días Pires, Esperanza Guzmán Ansado, Jose Javier Jareño Esteban, Ángela Hidalgo Herranz, Sergio Campos Tellez. Hospital Central de La Defensa Gómez Ulla., Madrid, España

Resumen del caso clínico

Varón de 42 años, con antecedentes de tromboembolia pulmonar (TEP) aguda no provocada en septiembre de 2023, desde entonces anticoagulado con rivaroxabán, glomerulonefritis membranosa primaria con anticuerpos antiPLA2R y síndrome constitucional en estudio. En contexto de este estudio, fue derivado a urgencias desde el servicio de endoscopias por desaturación, taquicardia y disnea. El paciente refiere disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos de dos semanas de evolución y edemas en miembros inferiores desde septiembre. A la exploración física presenta mal estado general, caquexia, desaturación hasta 70% basal, taquipnea, trabajo respiratorio y taquicardia.

Ante sospecha de recurrencia de TEP se solicitó angiografía por tomografía computarizada (angioTC) pulmonar, donde se confirmó la presencia de hallazgos compatibles con TEP agudo bilateral, múltiples áreas periféricas de infarto pulmonar y aumento del calibre del tronco de la arteria pulmonar. El ecocardiograma transtorácico (ETT) corroboró la presencia de ventrículo derecho (VD) dilatado y disfuncionante con parámetros ecocardiográficos de sobrecarga de presión en VD. Además, presentaba trombo en vena cava inferior.

La estratificación del riesgo indicó una TEP de alto riesgo, por lo que ingresó en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) donde tras una reunión multidisciplinar y, considerando el riesgo inminente de complicaciones hemorrágicas por trombólisis sistémica, se decidió administrar una dosis intermedia de trombolíticos (alteplasa 50 mg intravenosa). No se podía realizar trombólisis local por la presencia del trombo en vena cava inferior y en vena renal.

Tras ello se mantuvo estable, por lo que fue dado de alta a planta. Persistía con disfunción de VD en ETT y necesidad de oxigenoterapia de alto flujo. Se propuso entonces una trombectomía mecánica. Se realizó aspiración de trombos en la arteria pulmonar y la vena cava inferior con mejoría clínica significativa, hasta retirada de oxígeno.

El paciente fue dado de alta dos semanas después con acenocumarol y tras completar estudios de detección de enfermedad oncológica, la cual fue descartada.

Sin embargo, en revisiones posteriores se objetivó retrombosis en angioTC de control y datos indirectos de hipertensión pulmonar (HAP). Por ello, se intensificó terapia anticoagulante para mantener el INR entre 2,5-3,5 y se realizó cateterismo derecho el cual confirmó la presencia de HAP. Asimismo, se inició tratamiento con sildenafil y se planteó cirugía cuando no se objetivasen datos de retrombosis en pruebas de control. Pendiente de tromboendarterectomía.



166. El precio de ser fit: síndrome del pancake tras suplementación vegana. Stephany Briones Alvarado¹, Rafael Gregorio Marulanda Melo¹, Cristina Veintimilla¹, Angelica María Quito Parra¹, Carlos Luis Sarango Parrales². ¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid., Madrid, España, ²Hospital Central de La Defensa Gómez Ulla., Madrid, España

Resumen del caso clínico

Varón de 30 años, con antecedentes de rinitis alérgica, asma bronquial intermitente leve con sensibilización a *Dermatophagoides farinae* y *Dermatophagoides pteronyssinus*, apnea obstructiva del sueño leve con necesidad de CPAP a 7 cmH₂O por síntomas, intolerancia a la lactosa e hipotiroidismo. Presento cuadro de aparición brusca de tos seca intensa y disnea. Al examen físico destaca sibilantes a la auscultación pulmonar, siendo el resto de la exploración anodina. La sintomatología se controló a las 24 horas de administrar broncodilatadores de acción corta y corticoide sistémico. El paciente no presentaba sintomatología infecciosa, cambios recientes en su medicación o situaciones de estrés emocional que pudieran precipitar una crisis asmática. El único cambio reciente en su rutina fue la incorporación de una proteína de origen vegetal como suplemento para

crecimiento muscular. Hasta entonces solo había consumido dos veces dicha proteína, recuerda que la primera ocasión tras consumirla también presento tos y disnea, pero de menor intensidad y que desapareció dos horas después de haberse administrado dos inhalación de formoterol/budesonida. En este segundo episodio el paciente también había ingerido la proteína. En ambas ocasiones se ingirió la misma cantidad de suplemento (120 g) y la clínica apareció tras 30 minutos de la ingesta. La única diferencia fue el método de preparación, la primera vez la proteína se consumió en forma de galleta y la segunda vez disuelta en agua.

Ante la relación causal del consumo del suplemento y la aparición de los síntomas, se realizaron pruebas cutáneas con trigo, extracto de proteína no contaminada y extracto de la proteína del paciente (contaminada) en proporción 1:20 p/v- EL resultado fue positivo para el extracto de proteína del paciente. El paciente ya contaba previamente con un estudio de IgE específica para alérgenos, donde solo arrojó títulos elevados de IgE para las especies de ácaros mencionadas. Finalmente se estable el diagnóstico de síndrome del pancake (SP) y se recomendó consumir una proteína de un lote o marca diferente, tras local no hubo reaparición de la sintomatología.

El SP es una reacción secundaria al consumo de harina de trigo contaminada por ácaros, infrecuente hoy en día por la regulación en la producción de alimentos. Siendo mas frecuente en pacientes con asma bronquial, rinitis alérgica, dermatitis atópica e hipersensibilidad a AINES. Suele cursar con síntomas respiratorios, digestivos y cutáneos. Nuestro caso es uno de los pocos reportados donde solo había síntomas respiratorios, y el primero reportado tras consumo de harina de origen vegetal.

El diagnóstico se basa en síntomas compatibles TRASingesta de alimentos preparados con harina contaminada, antecedentes de rinitis, asma, dermatitis atópica y/o alergia alimentaria, demostración de sensibilización mediada por IgE a alérgenos de ácaros y prueba cutánea de tipo inmediato positiva con extracto de la harina contaminada.



178. ABPA en paciente con asma crónico de larga evolución. Mohammad Lobbad Kutit, Jose Javier Jareño Esteban, Perla Massiel Valenzuela Reyes, Marta Casilda Laso Iglesias, Alma Pardo Ribera, Sergio Campos Tellez. *Hospital Central de La Defensa Gómez Ulla., Madrid, España*

Resumen del caso clínico

La aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA) es una entidad infrecuente caracterizada por la presencia de asma, elevación de IgE específica (*Aspergillus*, etc.) y bronquiectasias centrales. La obstrucción al flujo aéreo y las exacerbaciones son frecuentes y el tratamiento definitivo de la ABPA implica reducir la inflamación crónica y la colonización por *Aspergillus* para limitar la lesión pulmonar progresiva. Presentamos el caso de un varón de 72 años, no fumador, originario de Perú y residente en España desde hace seis meses, con diagnóstico de asma desde la infancia, y con múltiples agudizaciones frecuentes. Disnea con pequeños esfuerzos y expectoración mucosa con moldes bronquiales. Se encontraba en tratamiento con oxigenoterapia domiciliaria, corticoides inhalados (CI), agonistas beta-2 (B2) inhalados y mucolíticos. La radiografía y TC de tórax mostró bronquiectasias quísticas y varicosas centrales, bilaterales y en ambos lóbulos superiores junto a infiltrados en lóbulos superiores. El estudio inmunológico reveló IgE total elevada (5242 Ku/l), IgE específica anti-*Aspergillus fumigatus*

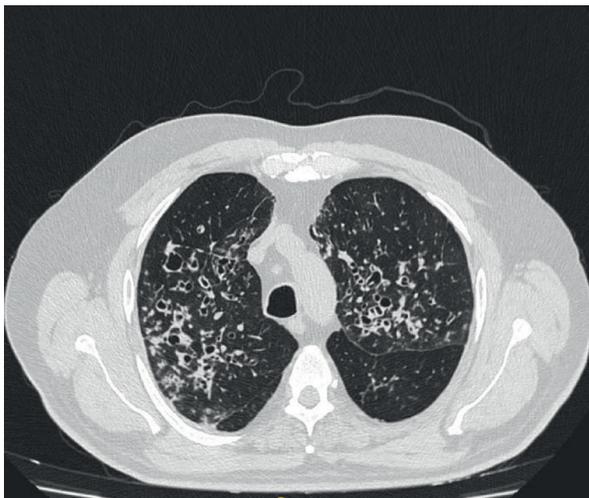
(25.70 Ku/l) e IgG anti-*Aspergillus fumigatus* (248 mg/l). Además, las precipitinas para hongos fueron positivas. La determinación de alfa-1 antitripsina fue normal. La espirometría mostró una obstrucción severa al flujo aéreo (CVF: 1790 ml [56%], VEF1: 960 ml [39%], R: 53 [69%]) y FeNO de 18 ppb. El estudio microbiológico confirmó la presencia de *Pseudomona aeruginosa* sensible a ciprofloxacino y colistina. El paciente fue diagnosticado de ABPA recibiendo tratamiento con oxigenoterapia, fisioterapia respiratoria, mucolíticos, CI+B2, anticolinérgicos y corticoides orales. Ante la persistencia en esputo de infección bronquial crónica por *Pseudomona* se inició tratamiento con ciprofloxacino oral por 21 días, seguido de colistina inhalada cada 12 horas. El paciente fue valorado para iniciar tratamiento biológico (*Omalizumab*, etc.).

Bibliografía

1. Agarwal R, Sehgal IS, Dhooria S, Muthu V, Prasad KT, Bal A, Aggarwal AN, Chakrabarti A. Allergic bronchopulmonary aspergillosis. *Indian J Med Res.* 2020 Jun;151(6):529-549. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_1187_19. PMID: 32719226; PMCID: PMC7602921.
2. Lewington-Gower E, Chan L, Shah A. Review of current and future therapeutics in ABPA. *Ther Adv Chronic Dis.* 2021 Oct 23;12:20406223211047003. doi: 10.1177/20406223211047003. PMID: 34729149; PMCID: PMC8543630.



bronquiectasias quísticas y varicosas centrales, bilaterales y en ambos lóbulos superiores junto a infiltrados en lóbulos superiores.



bronquiectasias quísticas y varicosas centrales, bilaterales y en ambos lóbulos superiores junto a infiltrados en lóbulos superiores.

184. Invasión silenciosa: la trampa de la micobacteria. Andrea Carrillo Pérez, Belén Molina García, Mayra Jiménez Méndez, Pilar Navio Martín, Eva María Gasset Elices, Cristian Amaral De Sousa. *Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid., Madrid, España*

Resumen del caso clínico

Varón de 48 años, originario de Rumania, fumador activo con un índice paquetes año de 30 sin otros antecedentes personales de interés, quien es derivado en enero de 2023 a consultas de Neumología desde Urgencias por el hallazgo en Radiografía de tórax de áreas de consolidación parenquimatosa en ambos lóbulos superiores con imágenes de cavitación central tras consultar por dolor torácico de un mes de evolución, asociado a disnea, tos matutina con expectoración marronácea y febrícula. Desde Urgencias se realiza panel respiratorio y BAAR en esputo, resultando ambos negativos y se pauta tratamiento empírico con cefditoreno enviándose a consultas de Neumología ya que el paciente rechaza el ingreso hospitalario. En consulta se objetiva esputo con cultivo positivo para micobacteria atípica no tuberculosa y se solicita TAC torácico preferente en el que se observan consolidaciones cavitadas en lóbulos superiores con múltiples nódulos, áreas con patrón en árbol brotado y lesiones quísticas en ambos hemitórax (imagen 1) y fibrobroncoscopia para confirmación microbiológica que posteriormente resulta positiva para *Mycobacterium kansasii*. Se inicia entonces tratamiento tras búsqueda bibliográfica con claritromicina, moxifloxacino y sulfametoxazol/trimetoprima durante 1 año. Tras finalizar el tratamiento el paciente continúa con clínica respiratoria y se realiza nuevo TAC torácico en el que se objetiva disminución del tamaño de las cavidades quísticas con ocupación de las mismas que impresiona de micetomas, así como lesiones de menor tamaño localizadas en LM y llingula (imagen 2). Se solicita galactomanano y precipitinas de *Aspergillus Fumigatus*, que resultan positivas y se comienza tratamiento con voriconazol oral con dosis de carga, ya que el paciente de nuevo rechaza el ingreso, manteniéndose el tratamiento durante 5 meses. Mejoría progresiva de síntomas en consulta de noviembre de 2024 solicitándose nueva fibrobroncoscopia cuyo resultado será entregado en febrero 2025. Se presenta al paciente en sesión clínica con Cirugía torácica que no indican tratamiento quirúrgico excepto si aparece hemoptisis amenazante localizada.

Mycobacterium kansasii es una de las micobacterias atípicas más frecuentes aisladas y una de las especies más importantes del grupo de las Micobacterias no tuberculosas. Es un patógeno oportunista que causa enfermedad pulmonar pudiendo ocasionar una infección diseminada que raramente se produce en pacientes inmunocompetentes. El diagnóstico se realiza principalmente por secuenciación de ADN. El tratamiento más empleado es la terapia combinada de varios antibióticos durante un tiempo prolongado siendo a veces necesaria la cirugía.

Aspergillus fumigatus es un hongo saprófito común en el ambiente responsable de infecciones respiratorias. Inhalar sus esporas puede causar desde una reacción alérgica hasta infecciones graves. Su diagnóstico se realiza con cultivo y su tratamiento se basa en antifúngicos específicos y en alguna ocasión la cirugía.

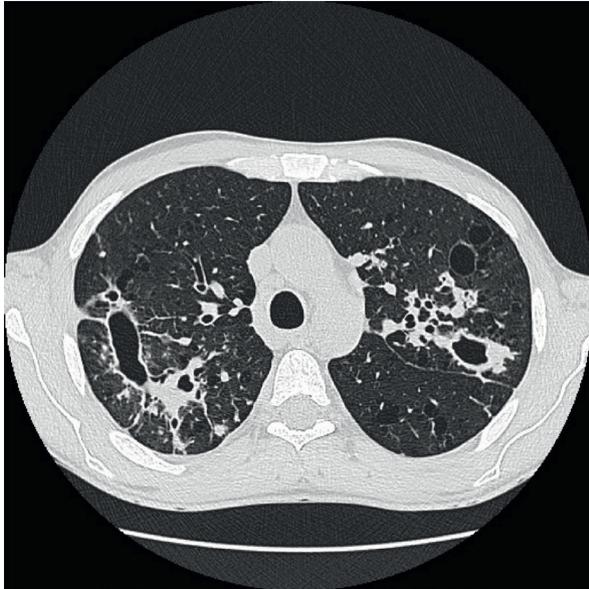


Imagen 1. Primer TAC torácico realizado donde se observan consolidaciones cavitadas en lóbulos superiores con múltiples nódulos, áreas con patrón en árbol brotado y lesiones quísticas en ambos hemitórax.



Imagen 2. Segundo TAC torácico realizado con imagen compatible con micetoma.

23. Un pulmón que desaparece. A propósito de un caso. Laura Maté Miguel, Sandra Liliana Pardo Prieto, María Elena Corpa Rodríguez, Ramón Vicente Verdú, Baltasar Liebert Álvarez, José Luis Gil Alonso. *Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*

Resumen del caso clínico

El “pulmón destruido” es una entidad infrecuente e irreversible, que generalmente aparece como secuela tras una tuberculosis, aunque también puede darse en las fases finales de enfermedades inflamatorias o infecciosas. Se caracteriza por una destrucción pulmonar progresiva, con la aparición de cambios compensadores en la cavidad torácica. Tanto su diagnóstico anatomopatológico y microbiológico como su tratamiento a veces suponen un reto, motivo por el cual presentamos un caso clínico con el diagnóstico de esta patología.

Mujer de 45 años con antecedente de carcinoma de mama con progresión tumoral, que presenta estabilidad tras la 3ª línea de tratamiento con quimioterapia. Fumadora ocasional, y sin antecedentes médicos de interés. Hace 3 años es remitida por Oncología para realización de fibrobroncoscopia (FBC), por lesión en lóbulo superior derecho (LSD) con destrucción progresiva parenquimatosa en forma de caverna, sin conseguir filiar la causa. En los TC posteriores, se observa una pérdida de volumen del hemitórax derecho por aumento del número y tamaño de las lesiones cavitadas. Se inicia antituberculosos empíricos, sin clara mejoría. Al año, ingresa por fiebre y vómita, objetivándose abscesificación y derrame pleural derecho. Se coloca drenaje torácico y se inicia antibioterapia, aislándose finalmente *S. constellatus* en las muestras microbiológicas remitidas.

Ante la incertidumbre generada por los resultados y la presencia de esta complicación, se sospecha la existencia de una fístula broncopleural, por lo que se le realiza una FBC con administración de azul de metileno, descartado esta por ausencia de extravasado del contraste al drenaje torácico.

En el último TC, se muestra una pérdida de volumen del hemitórax derecho, con extensa lesión hidroaérea en LSD e hiperinsuflación compensadora del pulmón izquierdo.

La paciente es dada de alta con el drenaje torácico para manejo ambulatorio junto con antibioterapia. Tras dos meses, debido a la reducción del débito y la mejoría clínica y radiológica, se decide la retirada del drenaje torácico.

En conclusión, el “pulmón destruido” es una condición poco común e irreversible, cuyo diagnóstico radiológico es fundamental, también siendo necesario un diagnóstico microbiológico y anatomopatológico para el inicio

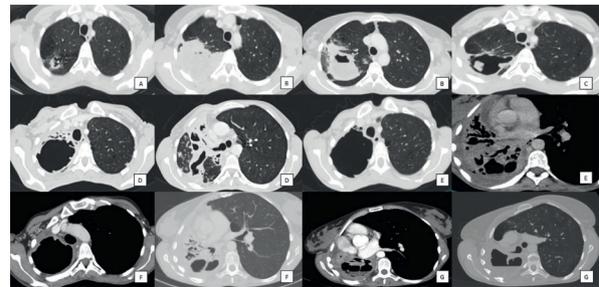


Imagen 1. TC corte axial. **A)** 2018. Lesión en LSD de 3,3 cm parcialmente cavitada. **B)** 7 meses después. Lesión en LSD parcialmente cavitada que aumenta a 7 cm. **C)** 2019. Lesión en LSD cavitada, sin variaciones en el tamaño, con nodularidad interna. **D)** Junio 2020. Mayor pérdida de volumen del hemitórax derecho, con aumento de las consolidaciones y de las lesiones cavitadas. **E)** Diciembre 2020. Progresión de la pérdida pulmonar. **F)** 2021. Pérdida de parénquima pulmonar. **G)** 2023. Pérdida de volumen del hemitórax derecho, extensa lesión hidroaérea en LSD y consolidación parcialmente cavitada. Hiperinsuflación compensadora del pulmón izquierdo.

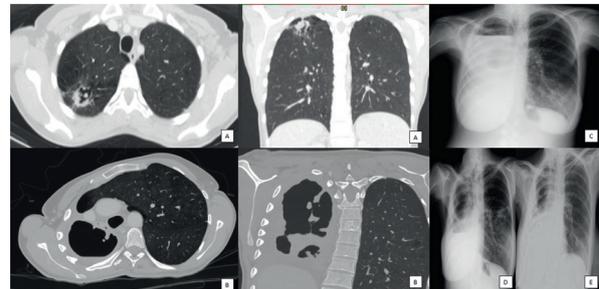


Imagen 2. Evolución de la enfermedad **A)** Lesión inicial en 2018. **B)** Último TC realizado por la paciente. **C)** Rx tórax 2023. Hidroneumotórax derecho de moderada cuantía. **D)** Rx tórax 2023. Drenaje torácico derecho, con disminución de la cantidad de líquido. **E)** Rx tórax 2024. Hidroneumotórax derecho con pérdida de volumen del pulmón derecho, e hipertrofia compensadora del pulmón izquierdo.

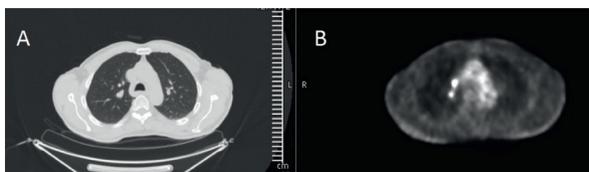
de terapia dirigida. La familiaridad con esta condición no solo agilizará el inicio del tratamiento, sino que también evitará posibles complicaciones. Las opciones terapéuticas radican en tratar la causa que lo está produciendo, pero en aquellos casos que no evolucionan bien y en pacientes previamente seleccionados, la neumonectomía puede ser una alternativa. Sin embargo, una opción para tener en cuenta en los pacientes con empiema y elevado riesgo quirúrgico es el manejo ambulatorio del drenaje torácico, ya que estos pacientes presentan mayor riesgo de complicaciones y mortalidad posquirúrgicas.

48. No todos los nódulos son cancerígenos. A propósito de un caso. Cristina Rubio Bernardo, Beatriz Daviú Cobián, Alejandro López Pérez, Ana María Holguin Cordero, Miguel Alonso Rodríguez, Diego Morena Valles. *Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España*

Resumen del caso clínico

Las neumoconiosis es un grupo de patologías pulmonares inducidas por la inhalación crónica de polvos inorgánicos. Estos agentes desencadenan procesos inflamatorios y fibrogénicos, formación nódulos hialinos y hasta fibrosis pulmonar. El diagnóstico se basa en la historia clínica de exposición, los síntomas respiratorios, y los hallazgos en estudios radiológicos como la radiografía de tórax y la tomografía computarizada de alta resolución. Sin embargo, la tomografía por emisión de positrones (PET-TC) ha emergido como una herramienta valiosa en el diagnóstico diferencial de los nódulos pulmonares. Presento el caso de un varón de 69 años con antecedentes de adenocarcinoma de próstata Gleason 7 (4 + 3) y sin hábito tabáquico previo, con un historial laboral en la construcción expuesto a polvo de sílice, acudió a Urgencias tras un evento vago post-biopsia de próstata. Se le realizó una tomografía computarizada de arterias pulmonares para descartar tromboembolismo pulmonar. Aunque se excluye esta patología, la TC revela la presencia de nódulos peribroncovasculares en el lóbulo superior derecho, con dimensiones de 10 x 14 mm y 7 x 7 mm, además de un segundo nódulo periférico en el segmento anterior del mismo lóbulo, de 4 x 6 mm (IMAGEN A). El seguimiento comparativo con estudios previos indica leve crecimiento desde 2009, sugiriendo una posible etiología tumoral. Se solicitan análisis de marcadores tumorales, encontrando un valor elevado de CA 15.3. Un PET-TC posterior muestra una captación aumentada ambos nódulos, con valores de SUV máximo de 6.46 y 5.27 (IMAGEN B), respectivamente, lo cual plantea la sospecha de malignidad. Las pruebas funcionales pulmonares eran normales. Basándose en estos hallazgos, el caso es discutido en el comité de tumores y se decide la derivación para intervención quirúrgica. El paciente se somete a una lobectomía superior derecha y linfadenectomía derecha por cirugía toracoscópica asistida por video. Los resultados anatomopatológicos de los ganglios muestran histiocitos pigmentados con aumento del tamaño nodular y sustitución del parénquima, indicativos de adenopatías que drenan desde un pulmón afectado por neumoconiosis. La muestra de la lobectomía revela neumoconiosis de tipo polvos mixtos.

Las neumoconiosis constituyen un grupo de enfermedades pulmonares ocupacionales causadas por la inhalación crónica de polvos inorgánicos. Dentro de ellas, la silicosis es la más prevalentes. En estos casos, el cristal de sílice actúa como un irritante primario, que desencadena inflamación, generando una intensa respuesta celular. La cual estimula fibroblastos, lo que conduce a la liberación de sustancia hialina y depósito de colágeno, culminando en la formación de nódulos hialinos, patognomónicos de la silicosis, que en estudios de PET como nódulos hipermetabólicos, Es crucial reconocer las patologías benignas que pueden mostrar captación patológica en la PET para evitar confundirlas con procesos malignos.



A. Imagen TAC B. PET-TAC.

57. Síndrome del pulmón evanescente. A propósito de un caso. Laura Maté Miguel, Sandra Liliana Pardo Prieto, Cruz Andrea Lora Ibarra, María Elena Corpa Rodríguez, Ramón Vicente Verdú, José Luis Gil Alonso. *Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*

Resumen del caso clínico

El síndrome del pulmón evanescente (SPE) es una entidad infrecuente y benigna, asociada a enfisema buloso. Se caracteriza por la presencia de grandes bullas en uno o ambos lóbulos superiores, que ocupan al menos 1/3 del hemitórax, con compresión del parénquima pulmonar sano. Su origen es idiopático, ocurriendo con frecuencia en varones jóvenes, delgados y fumadores. Su diagnóstico es radiológico, y las opciones de tratamiento suponen un reto en estos pacientes, motivo por el cual presentamos un caso clínico con esta patología.

Varón de 46 años, natural de Argelia, con neumotórax de repetición previos, exfumador y ex consumidor de cocaína. Como antecedentes familiares destaca el fallecimiento de uno de sus hermanos por patología respiratoria desconocida a los 11 años; otro de ellos requirió cirugía de reducción de volumen tras neumotórax por sospecha de conectivopatía asociada; y una hermana con bullas pulmonares.

En la Tomografía Computarizada (TC) se muestra marcado enfisema centroacinar y paraseptal destructivo confluyente, de predominio en lóbulos superiores, con bullas de gran tamaño. En la gammagrafía de ventilación perfusión se visualiza un defecto de perfusión en la totalidad de ambos lóbulos superiores en relación con las bullas.

Dada su enfermedad bullosa y sus antecedentes, se deriva al Servicio de Genética para estudio, concluyendo que los hallazgos pueden ser debidos a una enfermedad de Ehler-Danlos tipo III, con valores de α 1-antitripsina normales. Las últimas pruebas de función respiratoria son las siguientes: FVC 75%, FEV1 50%, FEV1/FVC 54%, DLCO 68%.

El paciente desde el año 2022 hasta el 2024 ha requerido múltiples ingresos, con un total de 6 neumotórax derechos y 3 izquierdos, siendo necesario en todas las ocasiones la colocación de drenaje torácico, por la repercusión clínica. En uno de los ingresos, presentó una bacteriemia por *S. aureus* Meticilin sensible, con ecocardiograma normal, que precisó antibioterapia con Cloxacilina y seguimiento por parte de Infecciosas. En el último ingreso presentó un empiema izquierdo, con aislamiento de *S. aureus*, iniciándose tratamiento con antibioterapia y fibrinolíticos intrapleurales.

Ante el empeoramiento clínico y funcional se planteó la opción de cirugía de reducción de volumen pulmonar, pero la bilateralidad y la extensión de la enfermedad bullosa descartó esa posibilidad. Por ello, se remite para valoración en otro centro para la inclusión en lista de espera de trasplante pulmonar. Actualmente, se encuentra pendiente de recibir un trasplante bipulmonar.

En conclusión, el SPE es una afección benigna, siendo el TC la mejor técnica diagnóstica. No existe un tratamiento de elección, pero en pacientes seleccionados la cirugía puede ser una opción, resecaando el parénquima afuncional y preservando la mayor cantidad de tejido sano para garantizar una rápida recuperación del paciente. En casos con afectación pulmonar extensa y bilateral, el trasplante pulmonar puede ser una opción terapéutica.

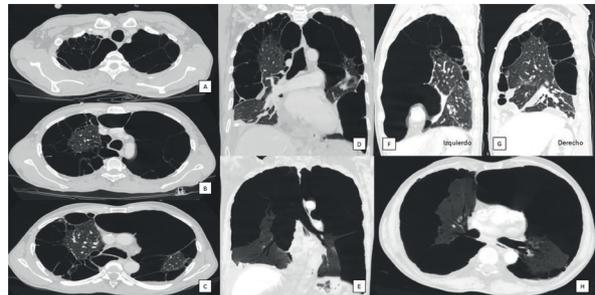


Imagen 1. A, B, C) TC plano axial. D) TC plano coronal. F, G) TC plano sagital. E, H) TC planos coronal y axial, respectivamente, con reconstrucción multiplanar de mínima intensidad (min IP). Enfisema centroacinar y paraseptal destructivo confluyente, de predominio en lóbulos superiores con bullas de gran tamaño y atelectasias laminares en los lóbulos inferiores.

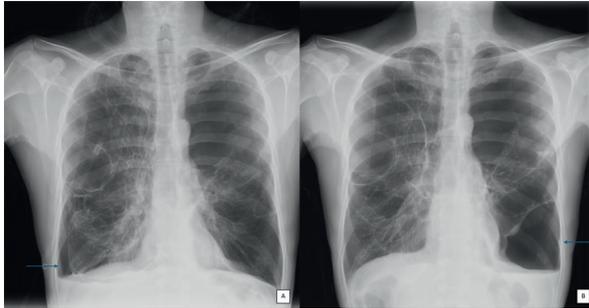


Imagen 2. A) Neumotórax basal derecho. **B)** Neumotórax basal izquierdo. (Señalado con flechas).

93. Pulmón del crack tras consumo de cocaína fumada. Lucía Ortega Ruiz, Clara Seghers Carreras, Begoña Peña Del Cura, Carlos José Álvarez Martínez. *Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid., Madrid, España*

Resumen del caso clínico

Mujer de 27 años, con antecedentes de asma y depresión, consulta por disnea progresiva, tos con expectoración y dolor pleurítico. Consumidora habitual de cannabis, tabaco y cocaína fumada, está en tratamiento con formoterol/budesónida, alprazolam y venlafaxina.

Al ingreso, se encuentra estable, con saturación del 94% y sibilancias. Presenta leucocitosis con neutrofilia, PCR elevada (18 mg/dl) y procalcitonina de 4 ng/ml. El test de drogas en orina es positivo para cocaína, benzodiazepinas y cannabis. La radiografía de tórax muestra infiltrados alveolares bilaterales, mientras que los estudios microbiológicos y autoinmunes son negativos. Un ecocardiograma descarta patología cardíaca. Se sospecha pulmón de crack y se inicia tratamiento con metilprednisolona, broncodilatadores y antibióticos por posible neumonía. A las 48 horas, la paciente mejora clínicamente y la radiografía muestra resolución del cuadro, confirmándose el diagnóstico.

La cocaína es una droga recreativa ampliamente consumida en España, con diversas formas de administración y múltiples complicaciones pulmonares. Entre ellas, el pulmón de crack es una entidad aguda asociada al consumo fumado, caracterizada por daño alveolar y reversión espontánea en 24-48 horas. La clínica varía desde síntomas leves hasta distrés respiratorio agudo. Su diagnóstico requiere una anamnesis detallada y alta sospecha clínica. El TAC muestra infiltrados en vidrio deslustrado periférico, y el lavado broncoalveolar puede evidenciar hemosiderófagos. En este caso, la mejoría clínica rápida evitó su realización.

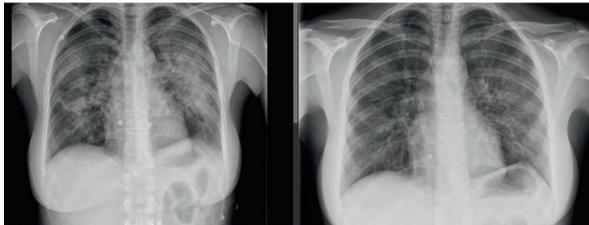


Figura 1. a) Radiografía a su llegada a Urgencias. **b)** Radiografía de control tras 48 horas.

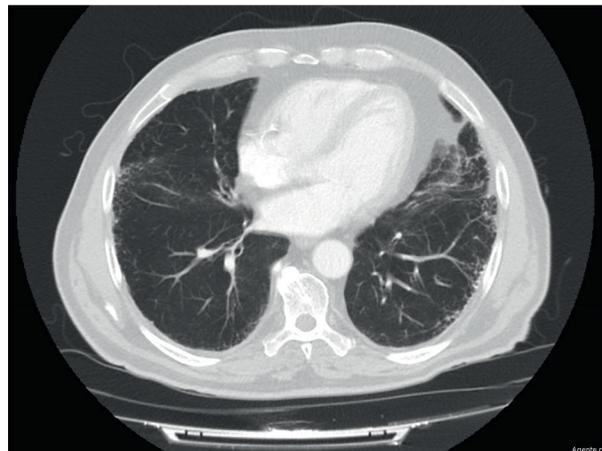
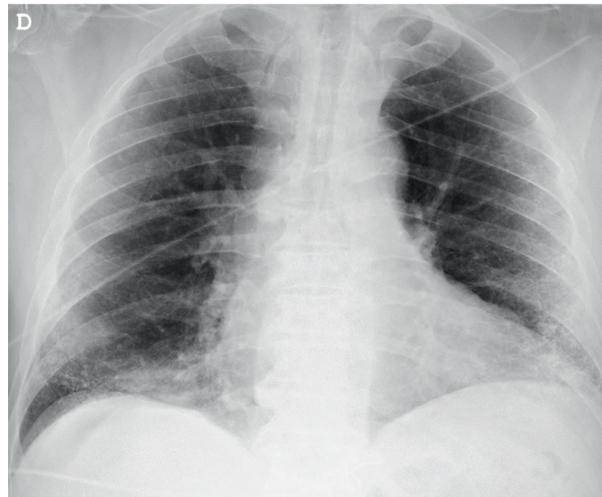
100. Osificación pulmonar dendriforme, a propósito de un caso. Cristina Rubio Bernardo¹, Beatriz Daviu Cobián¹, Isabel Jiménez Gonzalo², Alejandro Lopez Perez³, Jesús Fernández Francés³, Sonia López Monzóni³. ¹Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España, ²Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España, ³Hospital universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

Resumen del caso clínico

La osificación pulmonar dendriforme es una enfermedad poco frecuente que se caracteriza por la formación de tejido óseo a nivel pulmonar. Los síntomas clínicos son inespecíficos y los hallazgos en la tomografía axial

computarizada pueden infraestimarse, es por ello, que en muchas ocasiones se diagnostica en la autopsia. Hay dos formas de osificación descrita, la nodular y la dendrítica, siendo esta última menos frecuente. Se clasifica entre idiopática o secundaria a otros procesos crónicos preexistentes. Se recomienda una evaluación clínica multidisciplinar a la hora de elaborar estrategias de seguimientos en estos pacientes.

Se trata de un varón 78 años como antecedentes relevantes destaca no alergias medicamentos, exfumador hace más de 30 años (IPA 30 p/a), no consumidor de otros tóxicos, dislipemia e hipertensión en tratamiento médico, rosuvastatina y enalapril. Profesión laboral instalación de líneas eléctricas y en la fábrica de Tudor. Acude remitido desde atención primaria por disnea y tos tras un proceso infeccioso. A la exploración física sin alteraciones. Se revisan sus pruebas complementarias, radiografía de tórax (Imagen 1) se compara con la suya previa y se observa progresión de patrón reticulonodular bibasal de predominio anterior e izquierdo con imágenes sugestivas de calcificaciones finas. Se solicita analítica con inmunidad, resultados dentro de la normalidad, pruebas de función respiratoria y test de la marcha sin alteraciones, y TAC de tórax (Imagen 2) donde se observa un discreto engrosamiento intersticial que afecta principalmente a campos medios e inferiores de forma bilateral de distribución subpleural. Es de aspecto micronodular y dendriforme con densidad calcio. No alteraciones pleurales. Hallazgos concordantes con enfermedad pulmonar intersticial difusa. Dado los hallazgos en el TAC, sugiere datos de neumonitis por hipersensibilidad por lo que realizamos broncoscopia, lavado broncoalveolar y criobiopsia en el mismo procedimiento. Los resultados broncoscopia sin alteraciones, lavado con predominio de linfocitos y en la anatomía de criobiopsia resultados de osificación pulmonar dendriforme. El paciente se



encuentra con tratamiento actual sintomático para la tos y seguimiento en la consulta de intersticiales.

La osificación pulmonar es un proceso de evolución lenta, habitualmente indolente, que se produce como resultado de una patología sistémica o pulmonar crónica y de larga duración. La causa es desconocida. Según la bibliografía disponible no hay predominio en cuanto a la edad, aunque es más frecuente en mayores. El diagnóstico tanto radiológico como anatomopatológico es difícil. Hay dos tipos reconocidos la osificación nodular y la dendriforme. El curso clínico es incierto y hay poco publicado a largo plazo y no existe tratamiento específico.

116. Tumoración de pared torácica: ¿pulmonar o extrapleural? Iciar Ucha Hermida, Marta Pérez Gallan, Lucas Ignacio Rollan López, Francisco Javier Rueda Correa, José Javier Jareño Esteban, Sergio Campos Tellez. *Hospital Central de La Defensa Gómez Ulla., Madrid, España*

Resumen del caso clínico

Varón de 76 años con AP de HTA, DL, exfumador y reciente diagnóstico de anemia microcítica y síndrome constitucional a estudio en otro hospital.

Es derivado a urgencias por desorientación con caída casual sin TCE ni pérdida de consciencia. Niega otra sintomatología por aparatos.

A la exploración física se encuentra hemodinámicamente estable, con palidez cutánea y signos de deshidratación mucocutánea, consciente y orientado en las 3 esferas sin signos de focalidad neurológica, con edemas en miembros inferiores hasta tercio distal de ambos muslos, ACP sin hallazgos y presenta una masa en región pectoral izquierda que se extiende hacia la axila.

Se solicita radiografía de tórax objetivándose un aumento de densidad con bordes nítidos con ángulo obtuso superior sugestivo de lesión extrapleural o pleural con densidad de partes blandas. Asocia destrucción de 2º-3º arcos costales adyacentes. No infiltrados. No derrame pleural.

Análiticamente destaca una hipercalcemia leve e hiponatremia moderada, con aumento de RFA con leucocitosis y neutrofilia, anemia microcítica con Hg similar a previa con coagulopatía y trombocitosis. Por lo que se decide ingreso en Neumología para continuar estudio de masa pulmonar.

En TC BODY se objetiva gran masa torácica en hemitórax izquierdo que muestra un componente intrapulmonar con extensión de la pared torácica - infiltrando del 2º al 4º arcos costales y la musculatura de la pared torácica - y extratorácico que confluyen formando una masa con realce heterogéneo y centro fundamentalmente necrótico. Se objetivan adenopatías hiliares izquierdas y axilares con derrame pleural izquierdo y signos de trombotosis crónica de vena axilar izquierda. También se objetiva la presencia de dos lesiones de aspecto lítico en calota craneal y foco nodular hipercaptante milimétrico en hemisferio derecho que puede corresponderse con focos de metástasis, recomendándose RM para mejor caracterización.

Durante la hospitalización el paciente presenta una situación de desnutrición grave con alteraciones iónicas. Se realiza biopsia mediante tru-cut de masa con resultado de lesión mayoritariamente necrótica con parénquima restante compatible con lesión neoplásica con IHQ positiva para citoqueratinas (CKAE1/AE3).

Posteriormente el paciente sufre un deterioro progresivo clínico y finalmente el acaba falleciendo sin poder realizarse toma de una 2ª muestra de la lesión y la RM cerebral.



Radiografía AP día de ingreso en urgencias.

Dentro de los diagnósticos diferenciales que nos planteamos en nuestro paciente - según sus AP y los resultados radiológicos y anatomopatológicos - consideramos el carcinoma escamoso de pulmón, el adenocarcinoma de pulmón, el carcinoma microcítico, que también expresa citoqueratinas y puede producir un síndrome paraneoplásico como el SIADH, y el osteosarcoma.

Teniendo en cuenta la limitación por la muestra obtenida y los múltiples tipos y la heterogeneidad de los tumores de pared torácica resaltamos la importancia y necesidad de la autopsia clínica.



Reconstrucción coronal de TB Body.

120. Tumor de células granulares endobronquial: un hallazgo incidental en un paciente con neumonía. Cristian Amaral De Sousa, Andrea Carrillo Pérez, Gonzalo De Vedia, Darwin Feliz Rodríguez, Susana Sánchez Fraga, Lara Bravo Quiroga. *Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid., Alcalá De Henares, España*

Resumen del caso clínico

Varón de 60 años, originario de Senegal (en España desde 2006 y con fecha de último viaje a su país natal en 2019) y con antecedentes personales de tabaquismo activo con un índice paquete-año de 30, quien ingresa en el servicio de Neumología del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA) en octubre de 2024 por neumonía adquirida en la comunidad en lóbulo inferior izquierdo y llingula, objetivada en radiografía de tórax realizada en el servicio de Urgencias (imagen 1); asociada a insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica y expectoración hemoptoica. Se inició tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona con evolución clínica y radiológica tórpida con respecto a previa, por lo que se realiza una fibrobroncoscopia para estudio microbiológico ante la sospecha de tuberculosis dados los antecedentes epidemiológicos del paciente y la expectoración hemoptoica referida. Sin embargo, no se obtienen aislamientos microbiológicos relevantes. Se aprecian signos de inflamación crónica generalizada, con engrosamiento de la mucosa bronquial especialmente en lóbulo inferior izquierdo y llingula, y una pequeña lesión papulosa milimétrica y blanquecina en

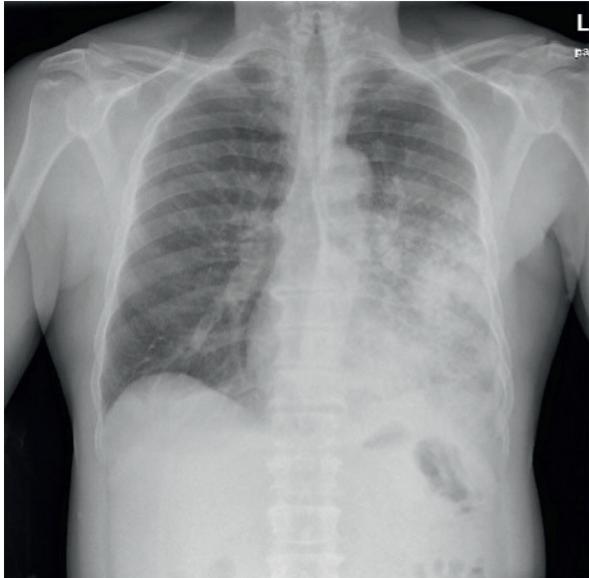


Imagen 1. Radiografía de tórax PA de neumonía secundaria a tumor de células granulares endobronquial en lóbulo inferior izquierdo.

bronquio de lóbulo inferior izquierdo (imagen 2), acompañada de secreción serosa difusa. Se recoge una muestra de dicha lesión y en la biopsia diagnóstica se identifican grupos compuestos por células poligonales con citoplasma amplio, granular y eosinófilo, sin atipia citológica, positivas para CD68 y S100; compatibles con un tumor de células granulares en lóbulo inferior izquierdo.

Los tumores de células granulares son neoplasias raras, descritas inicialmente en la laringe por Abrikossoff en 1926 y a nivel endobronquial por Feckner en 1938, que surgen de las células de Schwann y que afectan con mayor frecuencia la región de la cabeza y el cuello, aunque se pueden encontrar en cualquier localización. Constituyen el 0,2% de todos los tumores pulmonares y de ellos, la mayoría son endobronquiales. Parecen ser más comunes en mujeres de entre 40 y 60 años y algunos informan de una mayor incidencia en los afroamericanos.

En general, su biología y evolución natural siguen siendo poco comprendidas y gran parte de nuestra comprensión actual se origina en informes de casos individuales o pequeñas series de casos. En el momento del diagnóstico la mayoría de estos tumores miden menos de 3 cm y son histológica y clínicamente benignos, variando su presentación clínica desde bronquiectasias, atelectasias, neumonías y hemoptisis (hasta en un 16% de los casos), como fue el caso de nuestro paciente.

Sin embargo, estos tumores se caracterizan por no estar encapsulados y por tener bordes imprecisos, por lo que pueden crecer de forma infiltrativa y comúnmente recurren, a menos que se extirpen con márgenes negativos. Por lo que la resección quirúrgica completa de la tumoración constituye el tratamiento de elección en estos pacientes.

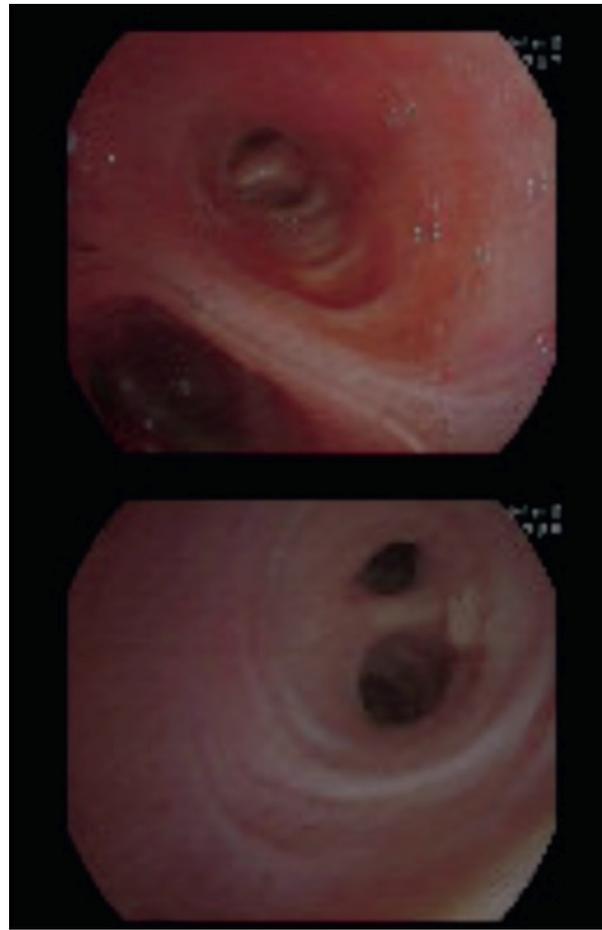


Imagen 2. Fibrobroncoscopia de tumor de células granulares endobronquial en lóbulo inferior izquierdo.

153. Nocardiosis diseminada y trasplante pulmonar: un desafío diagnóstico y terapéutico. Carmen Vizoso Gálvez, Marina Del Peso Gonzalo, Juan Margallo Iribarnegaray, Rodrigo Alonso Moralejo, Alicia De Pablo Gafas, Carlos Andrés Quezada Loaiza. *Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España*

Resumen del caso clínico

Las infecciones oportunistas representan una causa importante de morbilidad en el trasplante pulmonar debido a la inmunosupresión crónica. Entre ellas, la nocardiosis es una entidad infrecuente, caracterizada por una presentación clínica heterogénea.

Presentamos el caso de una mujer de 59 años, trasplantada pulmonar, que consultó por fiebre, disnea progresiva e inestabilidad de la marcha de una semana de evolución. En la exploración física destacaron nódulos subcutáneos dolorosos. La tomografía computarizada torácica reveló una masa pulmonar en el lóbulo inferior derecho. La resonancia magnética cerebral mostró una lesión frontal izquierda hipodensa con captación en anillo y múltiples lesiones nodulares milimétricas, compatibles con abscesos cerebrales.

Se realizó la punción-aspiración de un nódulo subcutáneo, observándose bacilos filamentosos ramificados Gram positivos en la tinción de Gram. Ante la sospecha de infección por *Nocardia* spp., se inició tratamiento empírico con linezolid, trimetoprim-sulfametoxazol (TMP/SMX) y meropenem. Posteriormente se aisló *Nocardia abscessus*, confirmando el diagnóstico de nocardiosis diseminada. Se sustituyó meropenem por ceftriaxona al obtener

antibiograma. Debido a la toxicidad por linezolid y TMP/SMX fue necesario modificar repetidamente el tratamiento antimicrobiano, con el objetivo de prolongarlo al menos 12 meses. Los nódulos subcutáneos se resolvieron, presentó mejoría radiológica de la masa pulmonar y del absceso cerebral frontal tras las primeras cuatro semanas de tratamiento.

Este caso subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha para infecciones oportunistas, así como el reto diagnóstico - terapéutico que éstas suponen, en pacientes receptores de trasplante pulmonar.

155. Resiliencia terapéutica dual en asma grave. María De Las Mercedes Carrasco Sánchez, Tania Judit Ramírez Torres, Néstor Luis Rodríguez Meleán, José Carlos Gordillo Montilla, María Candela Martínez Garretano, Mercedes García-Salmones Martín. *Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid., Madrid, España*

Resumen del caso clínico

El asma grave representa un desafío terapéutico, especialmente en pacientes con comorbilidades inflamatorias concomitantes. La identificación de fenotipos específicos ha facilitado el desarrollo de terapias biológicas dirigidas, mejorando el manejo de la enfermedad y reduciendo las exacerbaciones.

Mujer de 47 años con antecedentes de apnea obstructiva del sueño, dermatitis atópica severa, reflujo gastroesofágico y osteoporosis. Diagnosticada de asma bronquial a los ocho años, con buen control hasta 2018, cuando requirió intensificación progresiva del tratamiento hasta alcanzar el escalón 5 de la GEMA. A pesar de adecuada adherencia y técnica inhalatoria, el control del asma era subóptimo, con un ACT 8, uso de SABA de rescate 8-10 veces diarias y exacerbaciones graves (aproximadamente dos anuales).

En la evaluación funcional destacaba un FENO de 98 ppb, se objetivó sensibilización a epitelios y pólenes de gramíneas y olivo, acompañado de eosinofilia periférica (500-700/ μ L) y niveles elevados de IgE total (> 2500 UI/mL), lo que permitió su clasificación como asma como grave T2 alérgico. En marzo de 2021 se inició tratamiento con omalizumab. Sin embargo, tras seis

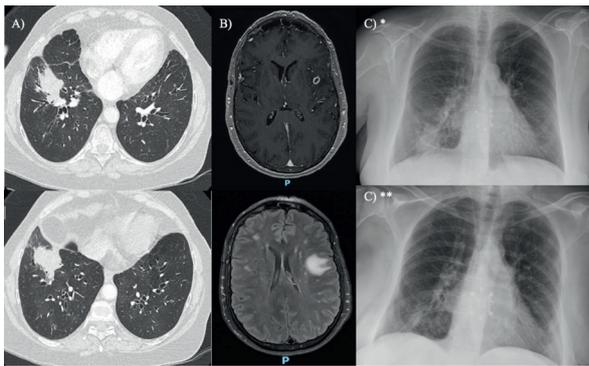


Figura 1. Pruebas de imagen. A) Tomografía computerizada de tórax al diagnóstico, se observa la masa pulmonar, de 5,6 centímetros de diámetro, en el segmento anterior del lóbulo inferior derecho. B) Resonancia magnética cerebral al diagnóstico, se observa una lesión hipodensa de 10x8 milímetros en el giro frontal inferior izquierdo, con captación anular de contraste, leve edema vasogénico e intensa restricción central, compatible con absceso. C) Evolución de radiografía de tórax, antes de iniciar tratamiento (*) y en control tras cuatro semanas (**).

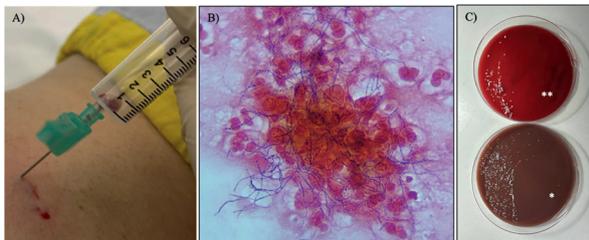
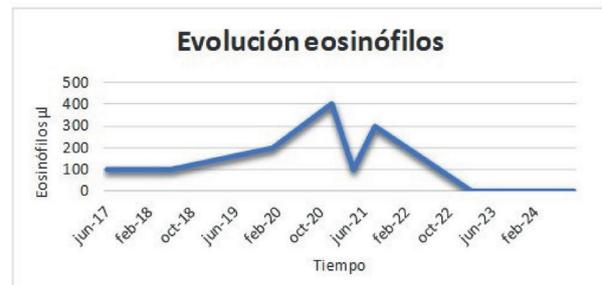


Figura 2. Diagnóstico microbiológico. A) Punción - aspiración de contenido purulento de un nódulo subcutáneo. B) Tinción de Gram del contenido purulento, se observan bacilos filamentosos ramificados Gram positivos, compatibles con *Nocardia* spp. C) Cultivo en medios de agar chocolate (*) y agar sangre (**), se incubó a 37°C en atmósfera de aerobiosis y en CO₂, a las 72 horas crecieron colonias blancas de aspecto grumoso; se identificó la especie, *Nocardia abscessus*, mediante MALDI-TOF.



meses de terapia, no hubo adecuado control por lo que se consideró fracaso terapéutico por persistencia de agudizaciones.

En febrero de 2023 retoma seguimiento en nuestro centro, persistiendo con mal control. Se confirmó la persistencia del perfil eosinofílico y se inició benralizumab, observándose una supresión de la eosinofilia periférica y mejoría del FEV1 del 12%. Sin embargo, presenta múltiples brotes de dermatitis atópica severa con requerimiento de corticoterapia oral. Debido a los brotes de esta entidad, en agosto de 2023 en conjunto con el servicio de dermatología, se decide la suspensión de benralizumab y el inicio de dupilumab, buscando el control ambas patologías. A las seis semanas, el control del asma empeoró significativamente (ACT 6), con aumento del uso de broncodilatadores de rescate (8-10 veces al día) y nuevas agudizaciones.

Seis semanas después se decidió reinstaurar benralizumab junto con dupilumab, debido al buen control cutáneo proporcionado por este último y la necesidad de optimizar el control del asma grave, logrando un control satisfactorio ambas entidades. Tras un año de tratamiento, la paciente mantiene un ACT 22, FeNO 11.4 ppb y función pulmonar estable (FEV1 94%), sin agudizaciones asmáticas, nuevas visitas a urgencias, ni efectos adversos significativos.

Este caso sugiere que la combinación de dos fármacos biológicos puede ser una opción terapéutica en pacientes con asma grave y comorbilidades inflamatorias concomitantes. La estrategia, aunque excepcional, ha mostrado buen perfil de seguridad y puede mejorar el control de la enfermedad y reducir el uso de corticosteroides sistémicos. No obstante, se requiere una evaluación individualizada antes de considerar la doble terapia, y más estudios son necesarios para evaluar su eficacia y seguridad a largo plazo.

169. Presunto inocente. Fabio Valencia Castañeda, María Carreño Felices, Lucas Ignacio Rollan López, María Pilar Ochoa Rivas, Sergio Campos Tellez, Jose Javier Jareño Esteban. *Hospital Central de La Defensa Gómez Ulla., Madrid, España*

Resumen del caso clínico

El adenocarcinoma papilar digital es una entidad infrecuente con un gran potencial de metástasis y recurrencia. Se presenta el caso clínico de una mujer de 77 años exfumadora con antecedentes de EPOC que acude al servicio de urgencias debido a dolor en antebrazo derecho de 1 mes de evolución y dolor en pulpejos de falanges distales de 3r y 5to dedo de mano derecha de 3-5 meses de evolución, inicialmente recibe tratamiento empírico por sospecha de infección de partes blandas "panadizo" con antibiotioterapia tópica y oral sin mejoría posterior, durante su valoración inicial se identifica una lesión de partes blandas y óseas en antebrazo derecho y lesiones en pulpejos de dedos, posteriormente de forma concomitante se identifica una masa pulmonar en LII, nódulo pulmonar en LID, masa esplénica y lesión infiltrativa en tercio proximal y medio de cúbito derecho con masa de partes blandas asociada, compatibles con metástasis.

Finalmente, mediante estudio anatomopatológico biopsia punch de lesión en pulpejo del quinto dedo, y estudio de extensión se llega al diagnóstico de adenocarcinoma papilar digital 5º dedo mano derecha estadio IV, con compromiso pulmonar, esplénico, óseo y de tejidos blandos, estudio molecular BRAF, KRAS Y NRAS nativos, PDL-1 0%.

Como conclusión ante la sospecha de adenocarcinoma papilar digital o también conocido como tumor papilar anexial digital agresivo es fundamental llegar a un diagnóstico precoz y realizar un estudio de extensión minucioso con el fin de poder llevar a cabo en lo posible un tratamiento quirúrgico precoz con intención curativa.

Cronología principales intervenciones

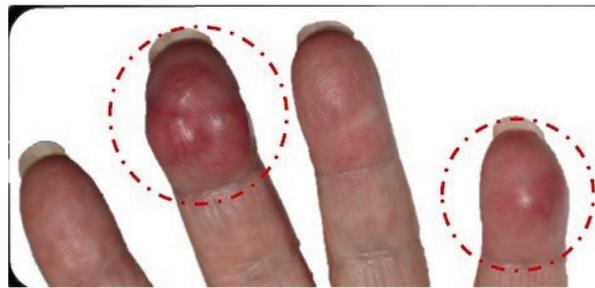
- Primera consulta al servicio de urgencias (30/12/2023)
- Dermatología (16/01/2024): Biopsia punch de pulpejo del 5º dedo de la mano derecha
- Fibrobroncoscopia (18/01/2024): Masa pulmonar en segmento apical de LII (S6l). biopsia transbronquial x6.
- Radiología intervencionista (09/02/2024): Biopsia ósea de cúbito derecho
- Comité de tumores (23/02/2024) Adenocarcinoma papilar digital – Estadio IV.

Intervenciones terapéuticas

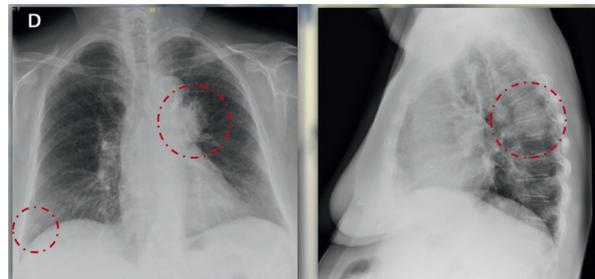
- OncoRDT el 08/03/24 recibe 5 sesiones de RDT sobre lesión antebrazo derecho + margen RDT del 04/04/2024 al 10/04/2024

- Quimioterapia: TAXOL CARBOPLATINO
- 10/04/2024: 1º ciclo
- 07/05/2024: 2º ciclo
- 28/05/2024: 3º ciclo
- 18/06/2024: TC de control
- 19/06/2024: Se retrasa tratamiento por neutropenia leve
- 26/06/2024: 4º ciclo (regular tolerancia)
- 17/07/2024: Se retrasa tratamiento por neutropenia. Neuropatía grado II MMSS y MMII
- 24/07/2024: 5º ciclo (reducción de dosis de Paclitaxel al 80% por toxicidad)
- 14/08/2024: Se retrasa tratamiento por toxicidad acumulada (a pesar de reducción de dosis)

Recibe un total de 6 ciclos de TAXOL CARBOPLATINO. Último ciclo administrado el 04/09/2024.



pulpejos.



Rx tórax.

182. Voriconazol nebulizado, desafío terapéutico en paciente con aspergilosis broncopulmonar alérgica e infección bronquial crónica. Tania Yudit Ramírez Torres, Estefanía Llopis Pastor, María De Las Mercedes Carrasco Sánchez, Nestor Rodríguez Melean, Anna Rebeca Hernández González, Mercedes García Salmones. *Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid., Móstoles, España*

Resumen del caso clínico

La aspergilosis broncopulmonar alérgica ABPA es una enfermedad inflamatoria pulmonar mediada por una respuesta inmunitaria frente a *Aspergillus fumigatus*, que afecta principalmente a pacientes con asma y fibrosis quística. El tratamiento convencional de la ABPA incluye corticoterapia sistémica y antifúngicos; sin embargo, su uso no está exento de riesgos en pacientes con comorbilidades o con riesgo elevado de toxicidad. En este escenario, el tratamiento antifúngico nebulizado permite alcanzar concentraciones pulmonares adecuadas minimizando los efectos adversos.

Mujer de 50 años en seguimiento desde 2014, con antecedentes de bronquiectasias cilíndricas y quísticas bilaterales EFACED 4, BSI 13 en probable relación a tuberculosis en la infancia, sinusitis crónica, infección bronquial crónica por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente tratamiento con colistina inhalada y lupus eritematoso sistémico diagnosticado en 2019. A nivel funcional presenta una alteración espirométrica obstructiva grave y posible restricción FVC 57%, FEV1 45%, FEV1/FVC 61. Además asociada infección crónica por *Mycobacterium avium* complex (MAC) recibe tratamiento con rifampicina, azitromicina, etambutol con buena tolerancia, sin efectos adversos. En marzo del 2023 se somete a cirugía por sinusitis crónica fúngica no invasiva exéresis de bola fúngica compatible con *aspergillus* spp. En Junio de 2023 se evidencia eosinofilia periférica de 800 se amplía estudio para descartar ABPA detectándose niveles elevados de IgE total (720 UI/mL), IgE específica *Aspergillus fumigatus* (20 kU/L), IgG específica *Aspergillus* (70 mgA/L) e impactaciones mucoides en control radiológico. Por tratarse de un paciente con múltiples agudizaciones infecciosas asociadas a infección bronquial crónica, descartamos la opción de tratamiento con corticoides

sistémicos, tampoco era favorable usar fármacos antifúngicos por sus interacciones con rifampicina. Se optó por iniciar voriconazol nebulizado, con adecuada tolerancia al fármaco, disminución de la hipersecreción bronquial y mejoría subjetiva de la calidad de vida. Constatando niveles de voriconazol en sangre < 0,1 mcg/mL, confirmando ausencia de riesgo de interacción con rifampicina. Tras un descenso inicial de IgE total 500 al mes de tratamiento, posteriormente presentó un ascenso progresivo, llegando a IgE total de 900 a los 4 meses, decidimos iniciar mepolizumab, reportando descenso gradual nuevamente de IgE total tras 6 meses 520 UI/mL.

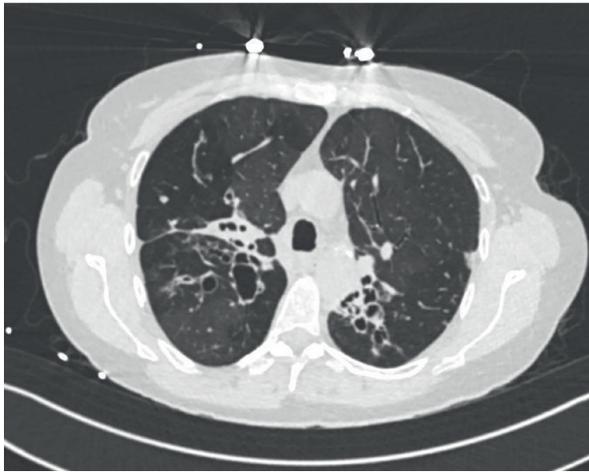
La terapia con voriconazol nebulizado representa una opción terapéutica en pacientes con ABPA y comorbilidades que limitan del tratamiento clásico de esta entidad, pero a pesar de los beneficios iniciales observados en este caso, su uso en monoterapia posiblemente no sea suficiente. La evidencia sobre la administración nebulizada de voriconazol en esta patología aún es limitada, por lo que es necesario realizar más investigaciones para establecer pautas terapéuticas sólidas y recomendaciones basadas en evidencia.

186. Síndrome Birt-Hogg-Dubé. Felipe Alayza Avendaño¹, Alejandra Romero Román², Guillermo Rodríguez Davila¹, Pablo Cordero Iglesias², Nuria María Novoa Valentín¹, Jose Luis Campo-Cañaveral De La Cruz². ¹Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España, ²Madrid., Madrid, España

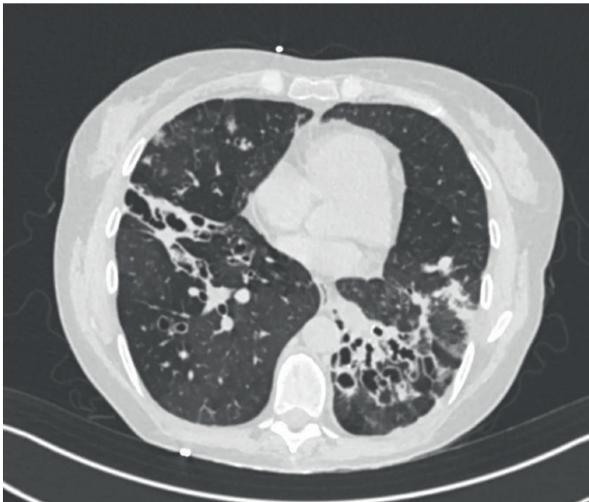
Resumen del caso clínico

El síndrome de Birt-Hogg-Dubé es una enfermedad genética autosómica dominante que está causada por la mutación del gen de la foliculina (FLCN), que está localizado en el cromosoma 17p11.2. Clínicamente se caracteriza por el desarrollo de fibrofolliculomas en la piel, tumores renales y quistes pulmonares que condicionan el desarrollo de neumotórax espontáneos recurrentes.

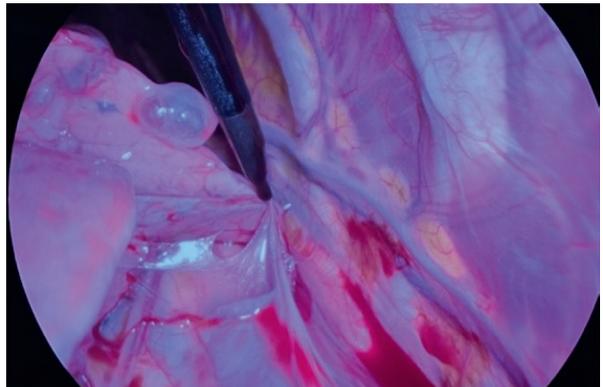
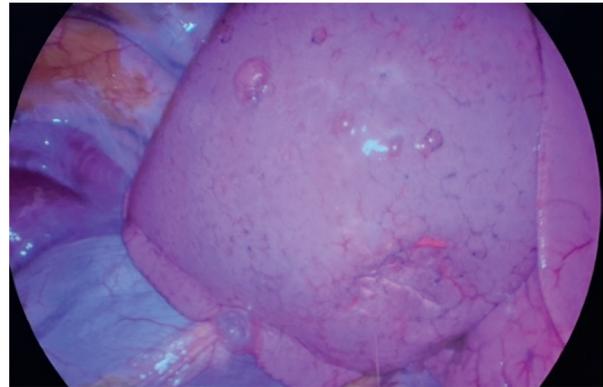
Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de síndrome de Birt-Hogg-Dubé que debutó con varios episodios de neumotórax espontáneos bilaterales.



Imágenes correspondientes a cortes de TAC de tórax donde se evidencia bronquiectasias cilíndricas y quísticas bilaterales en diferentes lóbulos, con impactaciones mucosas.



Imágenes correspondientes a cortes de TAC de tórax donde se evidencia bronquiectasias cilíndricas y quísticas bilaterales en diferentes lóbulos, con impactaciones mucosas.



Es una mujer de 36 años, sin antecedentes de interés. En cuanto a los antecedentes familiares, su padre y su hermano presentan sospecha clínica de síndrome de Birt-Hogg-Dubé y su tío paterno tiene confirmación genética de dicho síndrome.

La paciente debuta en 2021 con un neumotórax espontáneo izquierdo de pequeño tamaño, que no precisa drenaje, pero clínicamente sintomático, por lo que se decide cirugía. En la cirugía se ven múltiples quistes pulmonares, por lo que se realiza resecciones atípicas de dichos quistes + pleurodesis mecánica por VATS. El resultado de la anatomía patológica de dichas resecciones muestra enfermedad quística difusa, con posterior confirmación genética de síndrome de Birt-Hogg-Dubé variante patogénica c.1098 (p.Trp366*) en el exón 10 del gen FLC. En enero de 2024, refiere múltiples episodios de dolor torácico derecho de características pleuríticas y disnea, similares a los previos, por lo que se decide realizar VATS derecha exploradora.

Se realiza la cirugía con hallazgos de quistes subpleurales, reseccándolos y completando la cirugía con pleurodesis mecánica para evitar recidivas.

La anatomía patológica definitiva se informa como quistes pulmonares que, asociados al diagnóstico genético, serían atribuibles al síndrome de Birt-Hogg-Dubé.

El síndrome de Birt-Hogg-Dubé es una rara enfermedad genética que suele dar manifestaciones a nivel renal, cutáneo y pulmonar.

A nivel del pulmón, el 80% de los pacientes presentan quistes pulmonares y el riesgo de neumotórax se estima que es hasta 50 veces mayor que la población general. La tasa de recurrencia de los neumotórax en esta patología es muy alta (75-80%) por lo que la pleurodesis debe indicarse tras el primer episodio.

El pronóstico depende del desarrollo de tumores renales, ya que la función respiratoria suele estar preservada y no se desarrolla un fallo respiratorio progresivo. Por ello la preocupación de los efectos colaterales de la pleurodesis que puede contraindicar un eventual trasplante pulmonar, no deben ser condicionante en este grupo de paciente.

A nivel respiratorio suele dar neumotórax espontáneos recurrentes y es por eso que hay que sospecharla cuando tenemos un paciente con neumotórax de repetición por quistes pulmonares y familiares directos con diagnóstico de la enfermedad.

El tratamiento de los neumotórax es el visto en este caso, una cirugía para resección de los quistes pulmonares junto con pleurodesis para evitar una recidiva.