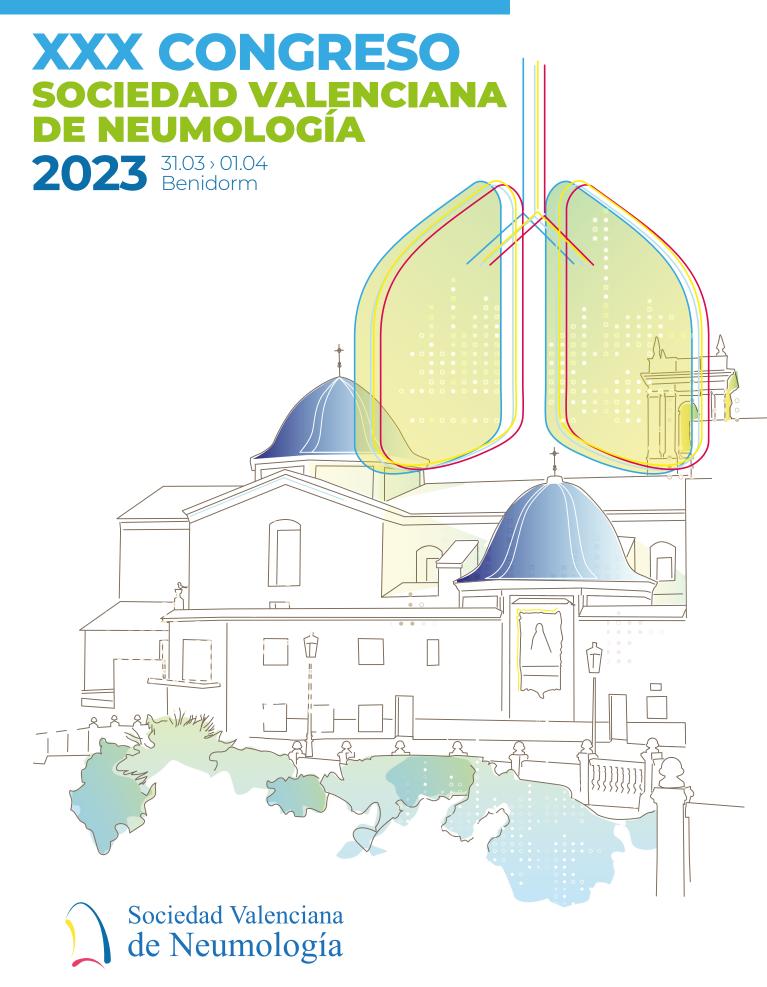
# LIBRO COMUNICACIONES



### ÍNDICE

PROGRAMA XXX CONGRESO SVN ENFERMERÍA	7
PONENCIAS	14
¿CÓMO MANEJAMOS LOS NUEVOS TRATAMIENTOS INHALADOS EN EL ASMA?  Martínez Moragon, E.	15
TERAPIA DE ALTO FLUJO: MUCHO MÁS QUE DAR OXÍGENO. MECANISMOS DE ACCIÓN Y TALLER DE MANEJO DEL AIRV Torondel Calaforra, J.	/O 2 <mark>15</mark>
PSICOLOGÍA EN EL ASMA GRAVE Lassaletta Goñi, I.	16
VALORACIÓN ECOGRÁFICA DEL DIAFRAGMA VALENCIA López Garcia Gallo, C.	16
ALIMENTACIÓN, MICROBIOTA E INMUNIDAD: RECURSOS PRÁCTICOS Redondo Cuevas, L.	16
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA Y REENTRENAMIENTO AL ESFUERZO EN EL PACIENTE RESPIRATORIO CRÓNICO: EPOC, ASMA, FIBROSIS PULMONAR, COVID PERSISTENTE Ferrer Sargues, F. J.	17
TALLER TEÓRICO-PRÁCTICO ACTUALIZACIÓN DE DISPOSITIVOS DE OXIGENOTERAPIA Chamarro Baños, E. M.; Gómez Chinesta, C.	17
NUEVAS DIANAS TERAPÉUTICAS EN EPID  García Sevila, R.	18
ABORDAJE DE LA PATOLOGÍA TRAQUEAL MALIGNA Figueroa, S.; Calderón Vargas, A.; Herrera Cubas, R.; Trujillo Sánchez de León, M.; Ordoñez Ochoa, C.; Wins Birabén, R.	18
FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA, EL AVANCE DE LA ENFERMERÍA EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL. Giraldós Pla, S.	19
MECANISMOS MOLECULARES IMPLICADOS EN EPID Milara Paya, J.	19
EL TRATAMIENTO DE LA EPOC Saura Vinuesa, A.	19
MANEJO DEL PACIENTE RESPIRATORIO COMPLEJO CON TRD EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (UI Domènech Clar, R.	HD) 19
TABAQUISMO E IMPACTO SOBRE EL MEDIO AMBIENTE Baeza Martinez, C.	20
EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE RESPIRATORIO Sorribes Monfort, J.	20
NUEVOS TRATAMIENTOS EN LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS). ¿QUÉ HAY DE NUEVO? Navarro, N.	21
IMPLICACIÓN DE LAS NUEVAS GUÍAS EN EL TRATAMIENTO DEL SAOS Bañuls, P.	21

INFLAMACIÓN T2 EN PACIENTES CON RINOSINUSITIS CRÓNICA CON POLIPOSIS NASAL (RSCCPN) Garcia Piñero, A.	22
ABORDAJE DE LA PATOLOGÍA TRAQUEAL BENIGNA  Morcillo, A.	22
COMUNICACIONES ORALES	23
DETECCIÓN DE AEROSOLES DE SARS-COV-2 EN ENTORNO DE PACIENTES COVID-19 Esteban Ronda, V.; Gómez Sánchez, N.; Torba Kordyukova, A.; Puentes Motos, J.; Ferrer Rodríguez, C.; Ruiz Torregrosa, P.; Rodríguez Galán, I.; Yubero Funes, E.; Crespo Mira, J.; Chiner Vives, E.; Colom Valiente, M. F.	24
PROYECTO DE COLABORACIÓN DE SEPAR SOLIDARIA PARA LA FORMACIÓN EN ESPIROMETRÍA EN SÁHARA OCIDENTAL Pulido Sánchez, A.; Maestre Puerto, L.; García García, R.; Martínez Miguel, I.; Cases Viedma, E.; Chiner Vives, E.; Boira Enrique, I.	<u>.</u> 24
EL PULMÓN COMO HÁBITAT DE LEVADURAS LIPOFÍLICAS: NUEVAS ESTRATEGIAS DE AISLAMIENTO Boira Enrique, I.; Esteban Ronda, V.; Gilabert Núñez, P.; Sancho Chust, J. N.; Ferrer Rodríguez, C.; Puentes Motos, J.; Gálvez Martínez, B.; Amat Humarán, B.; Chiner Vives, E.; Colom Valiente, M. F.	25
GRUPO DE ESTUDIO TOXIREL: EVALUACIÓN DE LA TOXICIDAD PULMONAR INMUNOMEDIADA EN PACIENTES CON CÁNCER EN UN ESTUDIO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL  Nofuentes Pérez, E.; Giménez Suau, M.; Pérez Pérez, J. L.; Gómez Román, M.; García Araque, M.; Montoyo Pujol, Y.; Martínez Banaclocha, N.; Arenas Jiménez, J.; Gayá García-Manso, I.; García Sevila, R.	26
UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC) EN EL SÍNDROME DE LA AGUDIZACIÓN EPOC (SAE) Solé Delgado, M.; Miralles Saavedra, C.; Alonso Tomás, L.; Peris Cardells, R.; Soler Cataluña, J. J.	26
NIVEL DE CONTROL EN PACIENTES CON EPOC, SEGÚN GESEPOC 2021  Villagrasa Guarch, M.; Solé Delgado, M.; Alonso Tomás, L.; Miralles Saavedra, C.; Álamo Pardo, A.; Sevillano Folgado, L.; Soler Cataluña, J. J.	27
DIAGNOSTICO Y TITULACION CON CPAP EN EL COLAPSO DINÁMICO EXCESIVO DE LA VÍA AÉREA Cruz Chamorro, D.; Luna Pardo, C.; Martinez Tomás, R.; Briones Gomez, A.; Muñoz, C.; Cases Viedma, E.	28
EFECTIVIDAD DE BENRALIZUMAB EN ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA (AGE) CON MENOS DE 300 EOSINOFILOS/MICROL Alvarez Brito, A.; Ballesteros Vázquez, E.; Boira Enrique, I.; Martinez Soriano, A.; Sánchez Vera, A. F.; Palop Cervera, M.; Lluch, I.; Mogrovejo Calle, S. 083); Chiner Vives, E.; Martinez Moragon, E.	29
ESTRATIFICACIÓN PRONÓSTICA DE LOS PACIENTES CON HAP DEL GRUPO I CON LA HERRAMIENTA DE LOS 4 ESTRATOS Jove Lamas, A.; Rodriguez Estrella, D.; Sanfeliu Cuenca, P.; Medina, M. J.; Silvestre Antón, I.; López Reyes, R.	30
CARGA HIPÓXICA COMO PARÁMETRO PARA CUANTIFICAR LA GRAVEDAD EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Inglés Azorín, M.; Oscullo Yepez, G.; Beauperthuy Levy, T.; Gomez Olivas, J. D.; García Ortega, A.; Bekki, A.; Martínez García, M. Á.	30
COMUNICACIONES PÓSTERES	32
SARCOIDOSIS PULMONAR: ¿EVOLUCIONA COMO FIBROSIS PULMONAR PROGRESIVA?  Ballester Minguez, R.; Fernández Fabrellas, E.; Sabater Abad, C.; Galera Lozano, E.; Safont Muñoz, B.; Carrión Collado, N.	33
DISPOSITIVO DE ADELANTAMIENTO MANDIBULAR (DAM): EXPERIENCIA EN LA CONSULTA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS  DEL SUEÑO  Giménez Ruiz, P.; Martínez Aracil, A.; Lluch Bisbal, A.; Murillo Cortés, J.; Navarro Ivañez, R.; Fernández Fabrellas, E.	33
TEMPERATURA Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: ¿ASOCIACIÓN O CAUSALIDAD?  Martínez Aracil, A.; Aguilar Peñaranda, P.; Correa Lozano, N.; Giménez Ruiz, P.; Sanz Herrero, F.; Fernández Fabrellas, E.	34

PERFIL DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA: ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO Flor Pérez, A.; Torrents Vilar, A.; Andújar Llamazares, M.; Segura Ayala, D.; Marin Royo, M.; Torres Relucio, J. J.; Saravia Cazón, A.	35
DESATURACIÓN EN EL PRIMER TEST DE 6MM EN PACIENTES SIN O2 ADICIONAL Salcedo Patricio, A. L.; Safont Muñoz, B.; Valle Dávalos, P.; Honrubia Cuadau, M.; Tárrega Molina, I.; Lluch Bisbal, A.; Navarro Ivañez, R.; Fernández Fabrellas, E.	36
RELACIÓN ENTRE EL USO DE ANTIBIÓTICO INHALADO Y LAS HOSPITALIZACIONES O VISITAS A URGENCIAS EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS COLONIZADAS  Pedro Tudela, A.; Boris Bermeo, C. K.; Lera Álvarez, R.; Herrejón Silvestre, A.; Martínez Moragon, E.	36
AHOGAMIENTOS EN AGUA DULCE Y SALADA EN EL H.U. SAN JUAN DE ALICANTE: ESTUDIO DE 15 AÑOS  Torba Kordyukova, A.; Chiner Vives, E.; Boira Enrique, I.; Noblejas Quiles, C.; Celis Pereira, C.; Hernandez Padilla, M.; Castello Faus, C.; Esteban Ronda, V.; Pastor Espla, E.; Sancho Chust, J. N.	37
EXPERIENCIA, SEGURIDAD Y EFICACIA DE CITISINA EN NUESTRA UNIDAD DE TABAQUISMO  Torba Kordyukova, A.; Chiner Vives, E.; Pastor Espla, E.; Boira Enrique, I.; Esteban Ronda, V.; Castelló Faus, C.; Celis Pereira, C.; Hernandez Padilla, M.; Sancho Chust, J. N.; Senent Español, C.	38
8 MODIFICACIONES DE LA VÍA AÉREA PEQUEÑA MEDIDA CON OSCILOMETRÍA DE IMPULSO EN ASMÁTICOS GRAVES TRATADOS CON BENRALIZUMAB  Sanchez Vera, A. F.; De Juana Izquierdo, C.; Herrejón Silvestre, A.; Ballesteros Vazquez, E.; Lillo González, E.; Abella Sanchis, V.; Abril Ródenas, E. M.; Álvarez Brito, A. J.; Martínez Moragón, E.	39
REMISIÓN AL AÑO DE TRATAMIENTO CON BENRALIZUMAB EN FUNCIÓN DE SI LOS ASMÁTICOS HAN SIDO TRATADOS O NO CON UN BIOLÓGICO PREVIO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL Sánchez Vera, A. F.; Boira Enrique, I.; Palop Cervera, M.; Lluch Tortajada, I.; Chiner Vives, E.; Mogrovejo Calle, S.; Martínez Moragón, E.	40
EFECTIVIDAD DE BENRALIZUMAB Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDAD EN ADULTOS CON ASMA GRAVE: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE VIDA REAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA  Martinez Soriano, A.; Sanchez Vera, A.; Boira Enrique, I.; Palop Cervera, M.; Lluch Tortajada, I.; Mogrovejo Calle, S.; Chines Vives, E.; Martinez Moragon, E.	41
DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN LA CONSULTA MONOGRÁFICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET DE VALENCIA  Boris Bermeo, C. K.; Pedro Tudela, A.; Herrejón Silvestre, A.; Martínez Moragon, E. M.	42
EFECTOS DE LA PANDEMIA EN UNA CONSULTA HOSPITALARIA DE TABAQUISMO Climent Campos, C.; Taberner Lino, L.	43
ESTANCIA Y MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS RESPIRATORIOS (UCRI) POSTPANDEMICA: UN NUEVO ESCENARIO PARA EL PACIENTE RESPIRATORIO COMPLEJO  Lozano Vicente, D.; Castilla Martínez, M.; Andreu Rodríguez, A. L.; Hu Yang, C.; Caballero Rodríguez, J.; García Villalba, E. P.; Ruiz Campuzano, M.	43
PERFIL DE PACIENTES EN UNA MONOGRÁFICA DE ASMA GRAVE Y SU RESPUESTA A ANTICUERPOS MONOCLONALES (ABM)  Gimenez Ruiz, P.; Barandica Rangel, D. P.; Navarro Ivañez, R.; Salcedo Patricio, A.; Valle Dávalos, P.; Fernandez Fabrellas, E.	44
ANALISIS DE PARÁMETROS DE RESPUESTA A TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ANSIEDAD Y ASMA GRAVE NO CONTROLADA (AGNC)  Gimenez Ruiz, P.; Barandica Rangel, D. P.; Navarro Ivañez, R.; Tobar Peñaherrera, A.; Salcedo Patricio, A.; Valle Dávalos, P.; Fernandez Fabrellas, E.	45
EFICACIA DE BENRALIZUMAB EN EL ASMA EOSINOFÍLICO GRAVE NO CONTROLADO: REMISIÓN CLÍNICA BAJO TRATAMIENTO  Boira Enrique, I.; Chiner Vives, E.; Mate Martín, I.; Esteban Ronda, V.; Torba Kordyukova, A.; Castelló Faus, C.; Hernández Padilla, M.; Pastor Esplá, E.; Sancho Chust, J. N.; Bernabeu Martínez, M. Á.; Planelles de Castro, M.; Aznar Saliente, T.	45
BENRALIZUMAB EN ASMÁTICOS GRAVES MAYORES DE 65 AÑOS: RESULTADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL Boira Enrique, I.; Sánchez Vera, A.; Palop Cervera, M.; Lluch Tortajada, I.; Mogrovejo Calle, S.; Chiner Vives, E.; Martínez Moragón, E.	46

EXPERIENCIA DE LA PUNCIÓN-ASPIRACIÓN GUIADA POR ECOBRONCOSCOPIA (EBUS-TBNA) EN NUESTRO CENTRO Meneses Petersen, E. D.; Ferrando Gabarda, J. R.; Cabanes Lopéz, L.; Naval Sendra, E.; Andrés Franch, F.; Lluch, I.; Novella Sanchez, L.; Meseguer Sisternes, M.	47
EXPRESIÓN DE MACRÓFAGOS ALVEOLARES EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN: RESULTADOS PRELIMINARES Esteban Ronda, V.; Javaloyes Compañy, J.; Martínez López, S.; Sancho Chust, J. N.; Ferrer Rodríguez, C.; Gálvez Martínez, B.; Amat Humarán, B.; Chiner Vives, E.; Colom Valiente, M. F.	48
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CATÉTER PLEURAL TUNELIZADO  Maestre Puerto, L.; Pulido Sánchez, A.; Fernández, E.; Boira Enrique, I.; Celis Pereira, C.; Torba, A.; Hernández Padilla, M.; Esteban Ronda, V.; Sancho-Chust, J. N.; Chiner Vives, E.	48
PROM (PATIENT-REPORTED OUTCOME MEASURE) EN OXIGENOTERAPIA: UN INSTRUMENTO ÚTIL PARA EVALUAR LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE  Maestre Puerto, L.; Chiner Vives, E.; Boira Enrique, I.; Torba Kordyukova, A.; Navarro Marín, S.; García Ferrer, S.; Martínez Delgado, F.; Fernández Saenz de Santa María, M.; Lavandeira Adán, R.	49
CARACTERISTICAS DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO EN MUJERES EN UN HOSPITAL TERCIARIO A LO LARGO DE 15 AÑOS  Hernández Padilla, M.; Chiner Vives, E.; Boira Enrique, I.; Sancho Chust, J. N.; Pastor Esplá, E.; Esteban Ronda, V.; Macarrón Perales, C.; Castelló Faus, C.; Castelló Faus, C.	50
ADHERENCIA Y CONTROL DEL ASMA MODERADO MEDIANTE UNA DOSIS ÚNICA DE UNA COMBINACIÓN DE INDACATEROL/FUROATO DE MOMETASONA EN POLVO SECO  Hernández Padilla, M.; Boira Enrique, I.; Maestre Puerto, L; Pulido Sánchez, A.; Esteban Ronda, V.; Dorgham Hatoum, A.; Castelló Faus, C.; Senent Español, C.; Torba Kordyukova, A.; Chiner Vives, E.; Pastor Esplá, E.	50
ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS A SUPERVIVENCIA A LOS DOS AÑOS EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA Gayá García-Manso, I.; García Sevila, R.; Arenas Jiménez, J. J.; Nofuentes Pérez, E.; Ruiz Alcaraz, S.; García Garrigós, E.; Hernandez Blasco, L.	51
ANÁLISIS DE MARCADORES PROFIBRÓTICOS EN PACIENTES CON SECUELAS PULMONARES TRAS INFECCIÓN POR SARS- COV-2 Perez Perez, J. L.; Rodriguez Galán, I.; Ruiz Torregrosa, P.; García Sevila, R.	52
IMPACTO PRONÓSTICO DE LA CALCIFICACIÓN DE ARTERIAS CORONARIAS (CAC) EN EL SÍNDROME DE AGUDIZACIÓN DE LA EPOC (SAE) Alonso Tomás, L.; Miralles Saavedra, C.; Solé Delgado, M.; Villagrasa Guarch, M.; Nieto Cabrero, M. L.; Soler Cataluña, J. J.	53
IMPACTO DE LAS DIFERENTES FASES DE LA PANDEMIA POR SARS-COV2 EN EL CONTROL CLÍNICO DEL PACIENTE CON EPOC Solé Delgado, M.; Alonso Tomás, L.; Villagrasa Guarch, M.; Álamo Pardo, A.; Sevillano Folgado, L.; Soler Cataluña, J. J.	53
LA COMORBILIDAD MENTAL EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ASMA Fernández Aracil, M. C.; Zamora Muñoz, M. J.; Gregori Matos, F.; Rodriguez Aguilar, M.; León Ramirez, J. M.; Garcia Rodenas, M.	54
ACTIVIDAD ASISTENCIAL GENERADA DURANTE EL 2022 EN UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA DOMICILIARIA Balaguer Cartagena, M. N.; Beauperthuy Levy, T.; Bekki, A.; León Fábregas, M.; Domènech Clar, R.	55
ANÁLISIS DEL FENOTIPO/GENOTIPO DE ALFA-1-ANTITRIPSINA EN PACIENTES CON VALORES ENTRE 90 Y 116 MG/DL. RESULTADOS PRELIMINARES Gimenez Suau, M.; Nofuentes Pérez, E.; Torres Sánchez, A.; Pascual Lledó, J. F.	56
DESATURACIÓN EN LA FLEXIÓN ANTERIOR EN SEDESTACIÓN EN PACIENTES RESPIRATORIOS. ESTUDIO EXPLORATORIO Galán Negrillo, M.; Vidal Egea, C.; Guillén Miralles, M. A.; Soler Sempere, M. J.; Grau Delgado, J. J.; García Pachón, E.	57
REDUCCIÓN DE INGRESOS POR ASMA Y EPOC EN LA COMUNITAT VALENCIANA POR LA PANDEMIA COVID-19 Galán Negrillo, M.; Baeza Martinez, C.; Zamora Molina, L.; Ruíz Alcaraz, S.; Padilla Navas, I.; García Pachón, E.	57

NEUMONITIS POR HEPERSENSIBILIDAD: DIFERENCIAS ENTRE FIBRÓTICA Y NO FIBRÓTICA  Gómez Román, M.; Pérez Amorós, J.; Pérez Pérez, J. L.; Nofuentes Pérez, E.; González Moreno, M.; Gayá García-Manso, I.; Gil Carbonell, J.; Arenas  Jiménez, J.; García Sevila, R.	58
NEUMONÍA ORGANIZATIVA FIBRINOSA AGUDA: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS Gonzalez Moreno, M.; Perez Perez, J. L.; Garcia Sevila, R.; Gayá García-Manso, I.; Nofuentes Perez, E.	59
QUE RASGO TRATABLES INTERVIENEN EN EL GRADO DE CONTROL EN PACIENTES EPOC DE ALTO RIESGO.  Correa Lozano, N. A.; Verdejo Mengual, E.; Fernández Fabrellas, E.	59
¿REQUIERE TRATAMIENTO TODA ENFERMEDAD PULMONAR POR MICOBACATERIAS NO TUBERCULOSAS (MNT)?  Parra Rodas, E.; Correa Lozano, N. A.; Aguilar, P.; Martinez Aracil, A.; Cervera Juan, A.; Fernández Fabrellas, E.	60
IMPACTO DE LA RESISTENCIA A MACRÓLIDOS EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON NEUMONÍA NEUMOCÓCICA BACTERIÉMICA POR SEROTIPOS DE ALTO RIESGO  Aguilar Peñaranda, P.; Martínez Aracil, A.; Correa Lozano, N.; Giménez Ruiz, P.; Sanz Herrero, F.; Fernández Fabrellas, E.	61
FIBROSIS PULMONAR PROGRESIVA: EXPERIENCIA EN UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE EPID  Aguilar Peñaranda, P.; Martínez Aracil, A.; Correa Lozano, N.; Giménez Ruiz, P.; Sabater Abad, C.; Safont Muñoz, B.; Galera Lozano, E.; Navarro Iváñez, R.; Lluch Bisbal, A.; Fernández Fabrellas, E.	62
ESTATUS ANGIOGÉNICO EN PACIENTES CON TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA (THH). VALOR DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO  Jaimes Diaz, S. V.; Juan Samper, G.; Escorihuela, E.; Calabuig, S.; Torres, S.; Rodríguez, R.; Valle Dávalos, P.; Salcedo Patrocinio, A.; Ramon Capilla, M.; Fernández-Fabrellas, E.; Prieto Colodrero, M. N.	63
PERFIL DE LOS PRIMEROS PACIENTES CON ASMA GRAVE TRATADOS CON DUPILUMAB EN LA PRACTICA CLÍNICA HABITUAL DE NEUMOLOGÍA Y ANÁLISIS DE SUS RESULTADOS Ballesteros Vázquez, E.; PALOP CERVERA, M.; Sánchez Vera, A.; Lillo González, E.; Pérez Peribañez, G.; Marínez Moragón, E.	64
RESULTADOS DEL PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE MEJORA DE LA ADHERENCIA (PIMA)EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS) CON INDICACIÓN DE TRATAMIENTO CON CPAP  Ballesteros Vázquez, E.; Sánchez Vera, A.; Ponce Pérez, S.; Orosa Bertol, B.; Chamarro Baños, E. M.; Gómez Chinesta, C.; Ramos Marco, G.; Hernández González, M.; Esparza Valcárcel, P.; Navarro Soriano, C.; Martínez Moragón, E.	65
RESULTADOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL "MENTA" APLICADA A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE APNEA OBTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS) CON INDICACIÓN DE TRATAMIENTO CON CPAP  Ballesteros Vázquez, E.; Sánchez Vera, A.; Ponce Pérez, S.; Orosa Bertol, B.; Chamarro Baños, E. M.; Gómez Chinesta, C.; Ramos Marco, G.; Hernández González, M.; Esparza Valcárcel, P.; Navarro Soriano, C.; Martínez Moragón, E.	66
ASMA Y ADOLESCENCIA: CONTROL Y ADHERENCIA A LA TERAPIA INHALADA  Alvarez Brito, A.; Herrera Lara, S.; Esteve, A.; Mogrovejo Calle, S.; Martinez Soriano, A.; Gómez Larrauri, A.; Marina Malanda, N.; Mora Bastida, H.; Dorado Arenas, S.; Martinez Moragon, E.	67

# PROGRAMA XXX CONGRESO SVN ENFERMERÍA

# XXX CONGRESO SVN

### **VIERNES 31 DE MARZO**

### 12:00 - CURSO DE RESIDENTES: OXIGENOTERAPIA

14:00

CURSO DE RESIDENTES: OXIGENOTERAPIA - PATROCINADO POR LINDE **Belén Safont Muñoz.** Neumóloga. Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

TALLER TEÓRICO-PRÁCTICO DE AEROSOLTERAPIA - PATROCINADO POR LINDE

**Raúl Salcedo Arranz.** Fisioterapeuta en Tratamientos Respiratorios Domiciliarios. Linde Healthcare. Alicante.

TALLER TEÓRICO-PRÁCTICO ACTUALIZACIÓN DE DISPOSITIVOS DE OXIGENOTERAPIA

- PATROCINADO POR VITALAIRE

Carlos Gómez Chinesta. Responsable Asistencial Local de VitalAire.

**Coordinador Asistencial de Fisioterapia Respiratoria.** Asociación de Fibrosis Quística de la Comunidad Valenciana. Valencia.

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

DISPOSITIVOS DE ALTO FLUJO

Jorge Torondel Calaforra. Especialista de Producto. Fisher & Paykel Healthcare.

14:00 - 15:45 Comida del Congreso

### 15:45 - INAUGURACIÓN Y PRESENTACIÓN

16:00 Marta Palop. Respiratoria en la AFQCV.

Elche. Alicante.

### 16:00 - ABORDAJE DE LA PATOLOGÍA TRAQUEAL

16:45 **Modera:Míriam Estors.**Adjunta del Servicio de Cirugía Torácica. Hospital de La Ribera. Alzira. Valencia.

ABORDAJE DE LA PATOLOGÍA TRAOUFAL

Alfonso Morcillo. Jefe de Sección Trasplante. Hospital La Fe. Valencia.

Santiago Figueroa Almánzar. Médico adjunto. Unidad de Cirugía Torácica. Hospital Clínico. Valencia. DETECCIÓN DE AEROSOLES DE SARS-COV-2 EN ENTORNO DE PACIENTES COVID-19

Violeta Esteban Ronda. Médico adjunto. S. Neumología. Hospital San Juan. Alicante.

# 16:45 COMPARTIENDO EXPERIENCIAS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO CON TRD. UN ENFOQUE

MULTIDISCIPLINAR | PATROCINADA POR OXIMESA | SALA PARALELA

Modera:Margarita Marín Royo,Jefa de Servicio de Neumología. Hospital General de Castellón. Castellón. Rosalia Domènech Clar. Mèdica Adjunta de Unidad de Hospitalización a Domicilio- Neumología. Hospital La Fe. Valencia.

Javier Sorribes Monfort. Médico Especialista en MFyC del CS Torreblanca. Castellón.

### 16:45 - TABAQUISMO E IMPACTO SOBRE EL MEDIO AMBIENTE

17:05 Modera: Raúl Sandoval Contreras. Neumólogo. Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy. Alicante.

Carlos Baeza Martínez. Facultativo especialista en neumología. Hospital General Universitario de

### 16:45 - ALIMENTACIÓN MICROBIOTA E INMUNIDAD: RECURSOS

17:30 PRÁCTICOS SALA PARALELA

**David Ferrando García.** Neumólogo. Hospital de Manises. Valencia.

Lucía Redondo Cuevas. Directora del Equipo de Nutrición y Salud Integrativa. Redondo Cuevas.

# 17:30 PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN LAS QUE NO PENSAMOS EN PACIENTE RESPIRATORIO: VACUNA

**HERPES ZOSTER** 

Modera: Rosario Menéndez Villanueva. Jefa de Sección Neumología. Hospital La Fe. Valencia. Javier Diez Domingo. Director del área de investigación en vacunas (AIV) de FISABIO. Cruz González Villaescusa. Servicio de Neumología. Hospital Clínico. Valencia.

17:30 - 18:00 Pausa

# 18:00 - PREVENCIÓN DEL DETERIORO DE LA FUNCIÓN 18:45

PULMONAR: DEL NIÑO AL ADULTO | PATROCINADO POR SANOFI

Modera: Fernando Sánchez-Toril Lopez. Facultativo especialista. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia Miguel Tortajada Girbes. Jefe de Sección Unidad de Neumologia y Alergia Pediátrica. Área Clínica del niño. Hospital La Fe. Valencia.

**Juan Luis García Rivero.** Facultativo Especialista Área de Neumología. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander.

### **18:00** - EL DAAT, ¿TODAVÍA UNA ENFERMEDAD INFRADIAGNOSTICADA? | PATROCINADA POR

18:45 GRIFOLS | SALA PARALELA

**Juan José Soler Cataluña.** Jefe de Servicio de Neumología. Profesor de Medicina. Universitat de València. Hospital Arnau de Vilanova. Llíria.

# 18:45 - 19:15 IMPLICACIÓN DE LAS NUEVAS GUÍAS EN EL DIAGNÓSTICO DE AOS. NUEVOS TRATAMIENTOS PARA AOS

Modera: Alfonso Martínez. Hospital General de Castellón. Castellón

Nieves Belén Navarro Soriano. Unidad de Sueño del Servicio de Neumología. Hospital Clínico. Valencia Pilar Bañuls Polo. Unidad trastornos respiratorio del sueño. Servicio Neumología. Hospital Clínico. Valencia.

# 18:45 - INFLAMACIÓN T2 EN PACIENTES CON RINOSINUSITIS CRÓNICA CON POLIPOSIS NASAL (RSCCPN) I SALA PARALELA

Modera: Diana Patricia Barandica Rangel. Servicio de Neumología. Hospital General Universitario. Valencia.

Alfonso García Piñero. Jefe de sección de Rinología en el servicio de ORL. Hospital La Fe. Valencia.

### 19:15 - CONFERENCIA MAGISTRAL: NUNCA UNA EXCUSA NOS

20:00 HIZO GANAR UN PARTIDO | PATROCINADO POR CHIESI TODO SE PUEDE

ENTRENAR

Toni Nadal. Entrenador de tenis y Director de la Rafa Nadal Academy.

## 20:00 - ASAMBLEA GENERAL DE SOCIOS SVN

### **SÁBADO 1 DE ABRIL**

08:15 - O9:00 REUNIONES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

O9:30 PRESENTACIÓN PROYECTO PH TRANSFORMATION: RUTA
ASISTENCIAL DE PACIENTES CON HP EN LA COMUNIDAD

| PATROCINADO POR MSD, MERCK

Modera: Raquel López Reyes. Servicio de Neumología. Hospital La Fe. Valencia

Joan Gil Carbonell. Jefe de Servicio de Neumología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante.

09:30 - NUEVOS HORIZONTES PRESENTES Y FUTUROS EN EPID

10:15

I PATROCINADO POR BOEHRINGER INGELHEIM

Modera: Estrella Fernández Fabrellas. Jefa de servicio de Neumología. Hospital General Universitario. Valencia

MECANISMOS MOLECULARES IMPLICADOS EN EPID

**Javier Milara Paya.** Farmacéutico especialista en farmacia Hospitalaria en Consorcio Hospital General de Valencia. Profesor de farmacología de la Universidad de Valencia. Investigador en CIBERES.

NUEVAS DIANAS TERAPÉUTICAS EN EPID

**Raquel García Sevila.** Jefa de sección del Servicio de Neumología. Hospital Universitario Dr. Balmis. Alicante.

10:15 - 10:40 EL EOSINÓFILO EN VIDA REAL | PATROCINADO POR ASTRA ZENECA

Modera: Inmaculada Lluch Tortajada .Servicio de Neumología. Hospital de La Ribera. Alzira. Valencia Alicia Padilla Galo . Responsable de la unidad de asma y Secretaria del Área de Asma de SEPAR. Hospital Costa del Sol. Marbella.

10:15 - 10:40 BIAL: TRIPLE EN DISPOSITIVO ÚNICO EN EPOC | SALA PARALELA

Alberto Saura Vinuesa. Adjunto de Neumología. Hospital de Sagunto. Valencia.

11:00 - 11:45 EPOC Y PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR, UNA RELACIÓN

**INDIVISIBLE** | PATROCINADO POR ASTRA ZENECA

**Modera: Eusebi Chiner Vives.**Jefe Servicio de Neumología. Director de SEPAR pacientes. Hospital Universitario de San Juan. Alicante

**Julio Núñez Villota.** Jefe de Sección Cardiología y Profesor titular Departamento de Medicina. Hospital Clínico. Universidad de Valencia. Valencia

**Juan Antonio Riesco Miranda.** Médico adjunto del Servicio de Neumología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres

11:00 - 11:20 GEBRO: ¿COMO MANEJAMOS LOS NUEVOS TRATAMIENTOS INHALADOS EN EL ASMA? I SALA PARALELA

**Modera: Dario Cruz Chamorro.**Especialista en Neumología: Fellowship en la Unidad de Endoscopia Respiratoria. Hospital La Fe. Valencia.

**Eva Martínez Moragón.** Jefa de servicio de Neumología. Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre. Valencia

# TEZEPELUMAB: UN NUEVO HORIZONTE PARA EL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE I PATROCINADO POR ASTRA ZENECA

Modera: Alfredo de Diego Damia. Director del Área de Enfermedades Respiratorias. Hospital La Fe. Valencia.

**Javier Bravo Gutiérrez.** Medico adjunto del Servicio de Neumología. Hospital Universitario Santa Lucía. Murcia.

### 12:15 - 13:15 VALORACIÓN ECOGRÁFICA DEL DIAFRAGMA

**Modera: Enrique Cases Viedma.** Jefe Clínico de la Unidad de Endoscopia Respiratoria y Neumología Intervencionista. Hospital La Fe. Valencia.

**Cristina López García Gallo.** Adjunto de la Unidad de Neumología Intervencionista del Servicio de Neumología. Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda. Madrid.

### 13:15 - 14:00 INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA. ¿QUÉ, CUÁNDO Y

CÓMO? I PATROCINADO POR PARI PHARMA IBERIA

Modera: Mª Carmen Aguar Benito. F.E.D Neumología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Miguel Ángel Martínez García. Jefe Clínico del Servicio de Neumología. Hospital La Fe. Valencia.

David de la Rosa Carrillo. Facultativo Especialista Adjunto. Servicio de Neumología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

### 13:15 - 14:00 INHALADOS: APERITIVO CON EL EXPERTO I SALA PARALELA

**Modera: Juan José Soler Cataluña.** Jefe de Servicio de Neumología. Hospital Arnau de Vilanova-Lliria (Valencia). Profesor de Medicina. Universitat de València.

**Bernardino Alcázar Navarrete.** Facultativo Especialista de área de Neumologia. Profesor asociado. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Universidad de Granada. Granada.

### **14:00** - 15:45 Comida del Congreso

### 15:30 - 16:30 **SESIÓN PÓSTER 1**

Modera: Bernardino Llavador. Hospital General de Castellón. Castellón.

Patricia Perez Ferrer. Facultativo especialista en Neumología. Hospital de Villajoiosa. Alicante.

### 15:30 - 16:30 SESIÓN PÓSTER 2 | SALA PARALELA

Modera: ALEXANDRA VAÑES BAÑOS. Neumóloga. Hospital Universitario de San Juan. Alicante. Elvira Bondía Real. Adjunta especialista en Neumología. Hospital General de La Plana. Villareal. Castellón.

### 16:30 - 17:30 SESIÓN COMUNICACIONES ORALES

Modera: Frederic Tatay Soler. Neumólogo. Hospital de Vinaròs. Castellón.

**Pilar García Brotons.** Facultativa Especialista Adjunta. Servicio de Neumología. Hospital Vega Baja de Orihuela. Alicante.

### 16:30 - 17:30 SESIÓN PÓSTER 3 I SALA PARALELA

Modera: Mar Garcia Rodenas. Neumóloga. Hospital Dr. Balmis. Alicante.

### 17:45 - 18:15 CLAUSURA DEL CONGRESO



### **VIERNES 31 DE MARZO**

16:00 - PRESENTACIÓN Y BIENVENIDA

16:15 **Nuria Santonja Sanz.** Coordinadora GT Enfermería SVN. Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy. Alicante.

16:15 - TERAPIA DE ALTO FLUJO: MUCHO MÁS QUE DAR OXIGENO.

17:30 MECANISMOS DE ACCIÓN Y TALLER DEMANEJO DEL

AIRVO 2

Jorge Torondel Calaforra. Especialista de Producto. Fisher & Paykel Healthcare.

17:30 - 18:00 Pausa

18:00 - TERAPIA DE ALTO FLUJO: MUCHO MÁS QUE DAR OXIGENO.

19:00 MECANISMOS DE ACCIÓN Y TALLER DEMANEJO DEL

AIRVO 2

Jorge Torondel Calaforra. Especialista de Producto. Fisher & Paykel Healthcare.

### **SÁBADO 1 DE ABRIL**

09:00 - PRESENTACIÓN Y BIENVENIDA

09:15 Nuria Santonia Sanz. Coordinadora GT Enfermería SVN. Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy. Alicante.

09:15 - MESA 1: UNA MIRADA DIFERENTE A LOS PROBLEMAS

10:40 **RESPIRATORIOS** 

PSICOLOGÍA EN EL ASMA GRAVE

Inmaculada Lassaletta Goñi. Hospital General Universitario. Alicante.

INTRODUCCIÓN A LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO PARA ENFERMERÍA

Alejandro Pastor Campo. Enfermero Especialista Europeo en Neurofisiología y Trastornos del

Sueño. Coordinador Asistencial Clínica del sueño Dr. Estivill. Barcelona.

10:40 - 11:00 Pausa

# 11:30 - 12:30 MESA 2: ENFERMEDADES MINORITARIAS EN PATOLOGÍA PULMONAR

**Modera: Elisa Lillo González.** Enfermera experta en Patología Respiratoria. Consultas Externas Neumología. Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre. Valencia.

FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA, EL AVANCE DE LA ENFERMERÍA EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL

Sonia Giraldós Pla. Enfermera Respiratoria. Hospital Universitario de La Ribera. Alzira. Valencia.

HIPERTENSIÓN PULMONAR, LA GRAN DESCONOCIDA

Pablo Royo Simó. Hospital Clínico. Valencia.

### 12:30 - 13:30 MESA 3: MUCHO MÁS QUE CONOCER

**Modera: Nuria Santonja Sanz.** Coordinadora GT Enfermería SVN. Hospital Virgen de los Lírios de Alcoy. Alicante.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA Y REENTRANAMIENTO AL ESFUERZO EN PACIENTES RESPIRATORIO CRÓNICO: EPOC, ASMA, FIBROSIS PULMONAR, COVID PERSISTENTE

**Francisco José Ferrer Sargues.** Profesor Colaborador Doctor en el Área de Fisioterapia Cardiopulmonar. Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia.

### 13:30 - DESPEDIDA Y CLAUSURA

14:00 **Nuria Santonja Sanz.** Coordinadora GT Enfermería SVN. Hospital Virgen de los Lírios de Alcoy. Alicante.

# PONENCIAS

# ¿CÓMO MANEJAMOS LOS NUEVOS TRATAMIENTOS INHALADOS EN EL ASMA?

Martínez Moragon, E.

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Existen factores relacionados con la terapia inhalada que contribuyen de forma relevante a que el asma grave no se controle, los principales son:

- la adherencia estimada a largo plazo de los medicamentos inhalados en asma es aproximadamente de un 50% y la mala adherencia se relaciona con aumento de exacerbaciones, pérdida del control del asma, deterioro de la calidad de vida y reducción de la función pulmonar
- la técnica de inhalación puede ser inadecuada, lo que disminuye la eficacia de la medicación y puede favorecer el desarrollo de efectos adversos locales. Esto conllevaría una disminución del cumplimiento con pérdida de confianza en el inhalador
- la prescripción de múltiples inhaladores puede confundir a los pacientes, favoreciendo la no adherencia correcta
- la posología dos veces al día empeora el cumplimento. Por eso la Global Initiative for Asthma (GINA) defiende que una intervención que mejora la adherencia en los asmáticos es la prescripción de los glucocorticoides inhalados una vez al día

Antes de pensar que el tratamiento inhalado en asma grave está fallando y debemos modificar el escalón terapéutico, añadiendo terapia biológica u otras terapias, hay que medir la adherencia real del paciente. Afortunadamente disponemos de una triple terapia inhalada para el asma grave con dosis altas de glucocorticoide inhalado en un único dispositivo. La combinación mometasona/indacaterol/glicopirronio breezhaler con posología de una vez al día nos puede ayudar a mejorar el cumplimiento y con ello la eficacia clínica y el control de la enfermedad.

# TERAPIA DE ALTO FLUJO: MUCHO MÁS QUE DAR OXÍGENO. MECANISMOS DE ACCIÓN Y TALLER DE MANEJO DEL AIRVO 2

Torondel Calaforra, J.

Fisher & Paykel Healthcare

A pesar de tratarse de una terapia que apareció hace un par de décadas, principalmente en las UCIs, parece que ha sido a raíz de la reciente pandemia cuando el Alto Flujo se ha asentado en nuestras unidades de ventilación como otra herramienta a tener en cuenta a la hora de evitar que nuestros pacientes acaben necesitando Ventilación Mecánica.

Sin embargo, el aprendizaje por supervivencia nos ha privado de entender en su totalidad los mecanismos de acción que hacen de esta terapia algo completamente diferente de lo que conocemos como oxigenoterapia convencional y que, además, se ha ganado un hueco junto a la Ventilación No Invasiva en nuestro arsenal terapéutico. Es, de hecho, tan diferente de la oxigenoterapia que uno de los grandes desafíos en su aplicación es entender que el oxígeno no es una obligación implícita en su uso, sino una variable en la decisión clínica.

Largamente infrautilizada cuando no ingresamos pacientes Covid o hipoxémicos puros, nos plantea miedos y dificultades a partes iguales, ya que ahora usamos tecnología, como el Airvo 2, donde antes usábamos máscaras tipo Venturi y reservorio de aspecto más sencillo. Sin embargo, estas herramientas, que tan seguros nos hacen sentir, se asocian a limitaciones y riesgos de los que no siempre somos conscientes.

Esta ponencia pretende arrojar luz sobre lo que no sabemos, lo que creíamos saber, y mejorar aquello que hacemos diariamente para el beneficio de nuestros pacientes y nuestra propia eficiencia laboral. Bienvenidos a la terapia Optiflow a través de Airvo 2.

### **PSICOLOGÍA EN EL ASMA GRAVE**

Lassaletta Goñi, I.

Hospital Universitario Dr. Balmis. Alicante

La complejidad en el asma de difícil control obliga a que varias especialidades (otorrinolaringología, gastroenterología, psicología...,) participen con mayor o menor protagonismo en su atención.

Diversos estudios indican la participación de factores psicosociales en el desencadenamiento, evolución y mantenimiento del asma bronquial, por lo que una intervención psicoterapéutica, complementaria al tratamiento médico podría optimizar el bienestar psicofísico de los pacientes.

Los estudios epidemiológicos muestran una prevalencia mayor de algunos trastornos mentales en la población con asma que en la población adulta general, especialmente los trastornos de ansiedad y depresión. Según la Iniciativa Global para el Asma, los problemas psicológicos son factores de riesgo independientes, potencialmente modificables, que contribuyen a un mal control de la enfermedad.

La terapia psicológica puede mejorar el bienestar de los pacientes al abordar aspectos psicológicos asociados, reducir el riesgo de exacerbaciones y conseguir un mejor afrontamiento de su afección y un mejor control del asma

### VALORACIÓN ECOGRÁFICA DEL DIAFRAGMA VALENCIA

López Garcia Gallo, C.

La ecografía torácica es una de las técnicas de imagen más utilizadas en la actualidad para estudio de la función diafragmática.

Para la valoración de la función diafragmática disponemos de tres parámetros:

- 1. Excursión diafragmática: Consiste en la medición de la movilidad diafragmática durante un ciclo respiratorio desde el final de la inspiración hasta el final de la espiración del mismo ciclo. Se empieza buscando el hemidiafragma de estudio en modo 2D, hasta conseguir la mejor visión posible. Para ello se buscará la ventana acústica que en el lado derecho será el hígado, mientras que en el lado izquierdo será el bazo.
  - En ambos lados observaremos una línea curva e hiperecogénica que corresponderá al hemidiafragma. Tras localizarlo en el modo 2D, se explora en modo M para realizar la evaluación de la excursión diafragmática. colocando la línea del haz M perpendicular a la línea correspondiente a la cúpula diafragmática.
- 2. Grosor diafragmático: Para su medición, debe emplearse uno sonda lineal de alta frecuencia entre 7 y 10 Mhz. La exploración se realiza colocando la sonda de alta frecuencia en la zona de aposición que se localiza en los últimos arcos costales en la pared lateral del tórax.
- 3. Variación del grosor diafragmático: Mide la diferencia de grosor del diafragma entre la inspiración, donde al contraerse aumenta de grosor, y la espiración. Para calcularlo utilizamos el Modo M tomando la medida de ambos grosores, es decir el grosor al final de la inspiración y al final de la espiración

# ALIMENTACIÓN, MICROBIOTA E INMUNIDAD: RECURSOS PRÁCTICOS

Redondo Cuevas, L.

Nuestro intestino alberga millones de microbios y, además, allí se encuentra entre el 70 y el 80% de nuestro sistema inmune. El eje intestino-pulmón da explicación a la estrecha relación que existe la microbiota y el sistema inmune, del intestino y del pulmón.

Comemos todos los días, y lo hacemos varias veces al día. La inmunonutrición estudia la relación entre la nutrición y la inmunidad de nuestro cuerpo. Y, por otro lado, la alimentación prebiótica es aquella que tiene en cuenta, no solo la nutrición de nuestras células, si no también, que se asegure el sustrato metabólico de los microbios beneficiosos.

El alto consumo de productos ultraprocesados, aditivos sintéticos, alimentos con alta carga glucémica y grasas perjudiciales, se asocian a mayor inflamación y disbiosis. En cambio, una alimentación basada frutas y hortalizas, con presencia de alimentos ricos en: 1) fibras fermentables, 2) polifenoles, como frutos rojos, especias o cacao, 3) alimentos fermentados, 4) micronutrientes como vitamina D, vitamina A o zinc y 5) ácidos grasos omega 3, favorecen un estado anti-inflamatorio y de eubiosis intestinal. Además, existen otros factores que también debemos tener muy presentes, como el número de comidas al día, y el horario en el que éstas se realizan (crononutrición).

Una alimentación bien planteada, es una herramienta fundamental para prevenir y dar soporte al tratamiento de patologías pulmonares.

### PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA Y REENTRENAMIENTO AL ESFUERZO EN EL PACIENTE RESPIRATORIO CRÓNICO: EPOC, ASMA, FIBROSIS PULMONAR, COVID PERSISTENTE

Ferrer Sargues, F. J.

La fisioterapia cardiopulmonar tiene un papel fundamental en el tratamiento de los pacientes con una afectación respiratoria crónica. La sintomatología clínica características de este tipo de pacientes, que puede tener una vertiente respiratoria y sistémica, puede verse beneficiada de los programas de rehabilitación respiratoria, que incluyen tanto la terapia respiratoria (basada en reeducación de patrones ventilatorios, aumentos de capacidades y drenaje de secreciones, entre otros) como las intervenciones de reentrenamiento al esfuerzo (focalizadas principalmente en el trabajo sobre la musculatura respiratoria y periférica, además del acondicionamiento aeróbico). Algunos ejemplos de pacientes que se pueden beneficiar de estos programas son aquellos diagnosticados de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), asma bronquial, fibrosis pulmonar y aquellos con una afectación crónica respiratoria derivada del SARS-COV-19.

# TALLER TEÓRICO-PRÁCTICO ACTUALIZACIÓN DE DISPOSITIVOS DE OXIGENOTERAPIA

Chamarro Baños, E. M.; Gómez Chinesta, C. *VitalAire* 

La Oxigenoterapia Crónica domiciliaria es una de las terapias concertadas por Consellería a cargo de las empresas de Terapias Respiratorias Domiciliarias. El conocimiento de las distintas características técnicas de los dispositivos disponibles actualmente le permite al facultativo ajustar la prescripción que mejor responda a las necesidades clínicas del paciente teniendo en cuenta a su vez sus actividades de la vida diaria. Hay que valorar la seguridad tanto para el paciente como para su entorno por lo que, siempre que sea posible, se preferirán los dispositivos eléctricos de fácil manejo, provistos de alarmas de funcionamiento y no sujetos a reposiciones periódicas dando mayor tranquilidad al paciente. Será el neumólogo quien valore la necesidad de aporte de oxígeno suplementario para la deambulación y/o ante esfuerzos ajustando la prescripción según la capacidad del paciente y características técnicas de los dispositivos. Es importante también acompañar al paciente ante la planificación de un viaje fuera de su provincia, donde deberá disponer de un informe médico actualizado y cumplir una serie de requisitos burocráticos por lo que hacerlo con suficiente antelación es la clave para no tener que renunciar a ninguna actividad y contribuir a mejorar su calidad de vida

### **NUEVAS DIANAS TERAPÉUTICAS EN EPID**

García Sevila, R.

Hospital Universitario Dr. Balmis. Alicante

Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) constituyen un grupo de patologías heterogéneas con tendencia a fibrosar. Hasta el año 2014 estas patologías se trataban con corticoides, acetilcisteína y/o azatioprina con mala respuesta. En el 2014 aparecen dos antifibróticos (pirfenidona y nintedanib) que abren la puerta a frenar la progresión de la enfermedad. Sin embargo estos tratamientos no son curativos por lo que se está investigando numerosas moléculas para tener una opción alternativa de tratamiento.

El BI 1015550 (inhibidor de la fosfodiestaresa 4B) ha sido investigado en un Ensayo Clínico (EC) en fase II en pacientes con Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) estabilizando la función pulmonar a las 12 semanas. Actualmente se está llevando un EC en fase III con esta molécula que incluye FPI y FPP (Fibrosis Pulmonar Progresiva) cuyos resultados tendrán impacto en la evolución de estos pacientes.

Por otro lado los pacientes con EPID pueden en su evolución desarrollar Hipertensión pulmonar (HTP) (Grupo III). La aparición de esta complicación empeora la calidad de vida y acorta las supervivencia. El trepostinil en un análogo sintético de la prostaciclina aprobado en pacientes con HTP del grupo I. Tras la realización de EC INCREASE las Guías Europeas de Cardiología recomienda la utilización del trepostinil inhalado en pacientes con EPID con HTP grave. En este EC se demuestra que el trepostinil inhalado, que va a las unidades mejor ventiladas con menos efectos deletéreos sistémicos, mejora la capacidad de ejercicio, reduce el empeoramiento y/o exacerbaciones de la enfermedad de base y reduce los niveles de proBNP.

### ABORDAJE DE LA PATOLOGÍA TRAQUEAL MALIGNA

Figueroa, S.; Calderón Vargas, A.; Herrera Cubas, R.; Trujillo Sánchez de León, M.; Ordoñez Ochoa, C.; Wins Birabén, R. Hospital Clínico Universitario de Valencia

Las enfermedades malignas de la tráquea suponen un reto diagnóstico y terapéutico. Su manejo requiere de un abordaje multidisciplinar y de experiencia específica en la patología de vía aérea central.

Las neoplasias malignas primarias son infrecuentes (< 0,1% del total de las neoplasias). El carcinoma epidermoide y el carcinoma adenoide quístico son las histologías más comunes en este grupo: diagnosticados más o menos en la misma proporción, constituyen dos tercios de los tumores primitivos en adultos. Las neoplasias malignas secundarias por extensión directa se presentan con mayor frecuencia en carcinomas tiroideos, esofágicos y pulmonares. Son menos comunes las metástasis hematógenas de diversos orígenes: carcinomas de mama, riñón, tiroides, colon o melanoma.

Sus manifestaciones clínicas son muy variables e inespecíficas, relacionadas con la obstrucción de la vía aérea (estridor, disnea), irritación / infiltración de la mucosa (tos, hemoptisis) o la invasión de estructuras adyacentes (disfonía, disfagia).

En cuanto al estudio diagnóstico, la TC cérvico-torácica será la prueba de imagen más valiosa, complementada con la broncoscopia para mejor caracterización de las lesiones.

El manejo terapéutico presentará una doble vertiente: Curativa o paliativa. Generalmente se indicará una cirugía de resecciónanastomosis traqueal ante una neoplasia primaria, resecable y con posibilidad de supervivencia a largo plazo. En cambio, se opta por un trato endoscópico en la mayor parte de neoplasias secundarias y aquellas primarias irresecables, o en paciente inoperables. Las estrategias concretas de manejo quirúrgico e intervencionista dependen de la localización de la lesión, su extensión, grado de obstrucción, infiltración y vascularización.

# FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA, EL AVANCE DE LA ENFERMERÍA EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL.

Giraldós Pla, S.

Hospital Universitario de la Ribera. Alzira

La ponencia realiza un resúmen y actualización del manejo y tratamiento de los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática.

La actualización está basada en la última formación de Escuela de FPI realizada por SEPAR con los conocimientos sobre esta enfermedad y sus tratamientos y las actualizaciones que se han llevado a cabo en los últimos meses con respecto al manejo de los efectos secundarios de la medicación, el uso de la oxigenoterapia, el inicio de los cuidados paliativos y en general las nuevas líneas de abordaje del manejo de la enfermedad por los profesionales sanitarios para mejorar la tolerancia a los fármacos de los pacientes y por lo tanto su adherencia al tratamiento y su calidad de vida.

### MECANISMOS MOLECULARES IMPLICADOS EN EPID

Milara Pava, J.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) constituyen un grupo muy amplio y heterogéneo de afecciones que comparten manifestaciones clínicas, radiológicas y funcionales con afectación del intersticio pulmonar. Dentro de las diferentes EPID, la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es la más común, aunque los tratamientos actuales no resuelven la enfermedad. Es por ello por lo que un tratamiento ideal para la FPI debería detener todos aquellos mecanismos moleculares que participan en el desarrollo y progresión de la enfermedad. Actualmente existe evidencia de la participación de diferentes tipos celulares, así como de su transformación a células mesenquimales/miofibroblastos. El medicamento ideal debería detener los procesos de apoptosis de células alveolares tipo II, la proliferación y senescencia de fibroblastos, así como inhibir las transformaciones de células epiteliales tipo II, células endoteliales de arterias pulmonares, fibrocitos circulantes, células mesoteliales y fibroblastos pulmonares a miofibroblastos. Aunque se han estudiado múltiples rutas moleculares que participan en estos procesos, ninguna de ellas tiene un papel exclusivo en el inicio y progresión de la enfermedad, por lo que la aproximación más adecuada parece ir encaminada a modular múltiples vías fibrogénicas. En los últimos años se ha estudiado en detalle el efecto de inhibidores de fosfodiesterasa 4B, los cuales modulan las diferentes rutas moleculares fibrogénicas así como la generación de miofibroblastos, mejorando sustancialmente el patrón fibrótico pulmonar y la función pulmonar en modelos preclínicos in vitro e in vivo. La traslación de estos resultados a pacientes con FPI en ensayos clínicos puede abrir una nueva esperanza en el tratamiento de la FPI.

### EL TRATAMIENTO DE LA EPOC

Saura Vinuesa, A.

Hospital de Sagunto. Valencia

El tratamiento de la EPOC va dirigido a la reducción de las agudizaciones, poniendo especial atención a los pacientes EPOC con eosinofilia, donde la guía GOLD 2023 recomienda el uso de triple terapia inicial en este grupo de pacientes. Ello es debido a que las agudizaciones aceleran el deterioro de la función pulmonar y aumentan la mortalidad de estos pacientes. La triple terapia extrafina ha demostrado una mejora de la función pulmonar y una reducción de las agudizaciones en pacientes con EPOC, especialmente en los agudizadores, mostrando además un buen perfil de seguridad.

### MANEJO DEL PACIENTE RESPIRATORIO COMPLEJO CON TRD EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (UHD)

Domènech Clar, R.

Unidad Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Un equipo de Neumología, en una Unidad de Hospitalización a Domicilio representa una buena alternativa a la Hospitalización convencional para el control de los pacientes con terapias respiratorias complejas.

Dicho equipo puede evitar hospitalizaciones innecesarias y servir de enlace entre la Atención Primaria y la atención Hospitalaria.

En un ingreso domiciliario, el/la neumólogo/a, se puede adaptar y ajustar a los pacientes portadores de ventilación mecánica, invasiva o no invasiva. Posteriormente se realiza s el seguimiento de los mismos comprobando la efectividad de la misma. Se adiestra también en la utilización de los diferentes aparatos y se comprueba su correcta utilización.

La detección precoz de los problemas, por medio de una enfermera Gestora, puede evitar ingresos convencionales en caso de agudizaciones que no presenten inestabilidad hemodinámica.

Con la evolución de la enfermedad, este mismo equipo de Neumología se encargaría de los cuidados paliativos y de final de vida.

El equipo de neumología de UHD trabaja en coordinación con las diferentes especialidades (endocrinología, rehabilitación, neurología...) para garantizar el tratamiento multidisciplinar del paciente, incorporando también cuidados psicológicos y Servicios Sociales que forman parte de la mayor parte de Unidades de Hospitalización a Domicilio.

### TABAQUISMO E IMPACTO SOBRE EL MEDIO AMBIENTE

Baeza Martinez, C.

Hospital General Universitario de Elche

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo. Solo en Europa, es responsable cada año 1,2 millones de muertes. Pero el tabaco no solo es una gran amenaza para la salud humana, si no también para el planeta. El impacto nocivo de la industria tabacalera en el medio ambiente es enorme y creciente, lo que agrega una presión innecesaria a los ya escasos recursos y frágiles ecosistemas de nuestro planeta.

Desde su cultivo hasta su distribución y residuos, el tabaco tiene un gran impacto en el medio ambiente. Para la fabricación de un solo cigarrillo se necesitan 3.7 litros de agua. Se estima que la industria tabacalera emite unos 84 millones de toneladas de CO2 a la atmósfera cada año con la producción de tabaco, el equivalente al lanzamiento de 280.000 cohetes al espacio.

Los filtros de los cigarrillos son una fuente comprobada de microplásticos y otros contaminantes que dañan los ecosistemas acuáticos y terrestres, y son incluso capaces de introducirse en la cadena alimentaria. Además, los nuevos dispositivos electrónicos para fumar suponen una toxicidad añadida para el medioambiente.

La comunidad científica y social debe abordar de manera urgente este grave problema de contaminación. Es necesario tomar medidas para reducir el impacto ambiental del tabaco, educar a la población sobre los efectos del tabaco en el medio ambiente y la salud humana, y garantizar la eliminación adecuada de los residuos de tabaco.

# EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE RESPIRATORIO

Sorribes Monfort, J.

En una época de auge de la medicina privada, donde el papel de la Medicina de Familia es testimonial, corremos el peligro de obviar la importancia del enfoque longitudinal que ésta nos ofrece. Por ello, debemos recordar que el papel del médico de familia en este manejo es crucial, mejorando la mortalidad y reduciendo los ingresos. En este sentido, la gestión del paciente respiratorio debe ser multidisciplinar, integrando no sólo a Neumología y a Medicina de Familia, sino también a todos los actores que en distintos momentos de la enfermedad tienen contacto con el paciente. La ruta asistencial de terapias respiratorias del Departamento de Salud de Castellón es un ejemplo de cómo se resuelve un escenario complejo, con múltiples actores implicados, con un pacto entre profesionales para la mejora de la práctica clínica.

### NUEVOS TRATAMIENTOS EN LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS). ¿QUÉ HAY DE NUEVO?

Navarro, N.

Hospital Clínico Universitario de Valencia

Tras más de 40 años, y sin apenas variaciones, el tratamiento de elección para la AOS sigue siendo la CPAP. Ha demostrado ser el más eficaz en corregir el IAH, sin embargo, el problema de tolerancia y de adherencia que presenta, con tasas de cumplimiento muy variables (29-85%) hace que en recientes ensayos clínicos aleatorizados encontremos falta de evidencia en la prevención secundaria de nuevos eventos.

La AOS es una condición heterogénea y multifactorial cuyo tratamiento no siempre es fácil y debe ser personalizado. Con el desarrollo tecnológico y la búsqueda de estrategias para mejorar la adherencia a CPAP y para ofrecer mejores tratamientos alternativos, ¿de qué novedades disponemos?: a) respecto a la CPAP, la telemonitorización y programas educativos telemáticos consiguen mejorar algo la adherencia (~1h), asociando la posibilidad de obtener metadatos de gran utilidad tanto para optimizar la gestión como para la innovación (algoritmo de predicción Philips Adherence ProfilerTM); b) en cuanto a los dispositivos de avance mandibular (DAM), se ha mejorado la selección de pacientes candidatos al tratamiento gracias a predictores de respuesta identificados por la endoscopia de sueño inducido (DISE), además, se han desarrollado dispositivos con sensor térmico para realizar un control de adherencia objetivo; c) en relación a la cirugía, se dispone de nuevos sistemas de planificación quirúrgica virtual e impresión 3D para reducir el tiempo de planificación, el tiempo quirúrgico y aumentar la precisión; d) en el campo de la terapia posicional, los nuevos dispositivos vibrátiles detectan la posición del paciente y se activan al estar en supino emitiendo una pequeña vibración titulable que estimula sutilmente al paciente para que cambie de postura; e) también disponemos ahora de estimuladores del nervio hipogloso (NH), como Terapia InspireTM, Sistema HGNS® o Nyoax GenioTM, que son dispositivos implantables que estimulan directamente el NH de manera intermitente (requieren de un sensor para detectar la inspiración) o continua (sin dicho sensor), consiguiendo un movimiento de protrusión lingual que impide el colapso de la vía aérea superior (VAS); f) otro estimulador, externo y novedoso es el dispositivo Kalinyx, que está siendo desarrollado por una empresa española, el cual emplea inteligencia artificial y estimulación electromagnética para mantener permeable la VAS, siendo capaz de aplicar el tratamiento adaptándose a las características del paciente y del episodio; g) respecto a la terapia farmacológica, aún no hay medicamentos aprobados para el tratamiento farmacológico de la AOS, ya que los estudios realizados hasta ahora no mostraban suficiente evidencia. Los estudios más recientes se están centrando en la combinación de atomoxetina (inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina) y oxibutina (antimuscarínico) que parecen conseguir una reducción del IAH al mejorar el tono muscular de la VAS pero con disminución del umbral del despertar, lo que empeoraba la calidad del sueño; h) finalmente, en un ensayo clínico reciente en 68 pacientes con AOS moderado-grave, empleando un inhibidor de la anhidrasa carbónica, el sultiame, el IAH se redujo hasta el 41%, mejorando también la somnolencia diurna y sin importantes efectos adversos.

# IMPLICACIÓN DE LAS NUEVAS GUÍAS EN EL TRATAMIENTO DEL SAOS

Bañuls, P.

Hospital Clínico Universitario de Valencia

La AOS es una enfermedad altamente prevalente y con consecuencias relevantes. Su manejo diagnóstico y terapéutico requiere un tratamiento multidisciplinario e involucra a todos los niveles asistenciales. La correcta estratificación de riesgos así como la identificación de posibles causas reversibles y la valoración de todas las opciones de tratamiento, sin que sean excluyentes entre sí, llevarán al manejo integral del paciente.

# INFLAMACIÓN T2 EN PACIENTES CON RINOSINUSITIS CRÓNICA CON POLIPOSIS NASAL (RSCCPN)

Garcia Piñero, A.

La RSCcPN es un trastorno inflamatorio de las vías aéreas superiores (básicamente fosas y senos paranasales) que comparte el mecanismo inflamatorio T2 con otras enfermedades como el asma bronquial y la rinitis alérgica. Su prevalencia se calcula que está, en nuestro entorno, alrededor del 4% de la población general.

El impacto que provocan sus síntomas en la calidad de vida es muy alto y comparable al de otras enfermedades crónicas como el dolor oncológico, la migraña, la hepatitis crónica, la epilepsia o el SIDA. Así mismo, el impacto económico tanto directo como indirecto es muy sustancial, habiéndose estimado el primero en el entorno de los 18.000 dólares anuales por paciente en los Estados Unidos.

El mecanismo inflamatorio que subyace a la enfermedad es del tipo 2 en la gran mayoría de pacientes caucásicos. Esto se ha podido objetivar por la sobreexpresión en los tejidos nasales de las principales células (linfocitos B y T-helper, eosinófilos, mastocitos) y sus productos (lgE, interleucinas IL-4, IL-5 e IL-13). Esta inflamación tipo 2 autoperpetuada es la responsable de los principales fenómenos histológicos y sintomáticos de la RSCcPN, como son: la disfunción de la barrera epitelial respiratoria nasal, la remodelación tisular con la formación de edema y pólipos nasales, la sobreproducción de moco y la pérdida del olfato.

La reciente publicación de la guía POLINA para el estudio y tratamiento de la RSCcPN recomienda definir en cada paciente los conceptos de gravedad y control de su enfermedad para, de esta manera, ajustar el tratamiento médico óptimo escalonado y decidir cuándo puede ser más beneficioso el uso de tratamientos de rescate, como los corticoides orales o la cirugía endoscópica nasosinusal. Estos tratamientos convencionales tienen una considerable falta de respuesta satisfactoria, mayor como más marcado es el perfil inflamatorio T2; es decir, peor en los pacientes con RSCcPN y asma concomitante y peor aún en los pacientes con EREA.

La reciente aprobación de la indicación para RSCcPN de algunos fármacos biológicos con acción anti-IgE o anti-interleucinas IL-4, IL-5 e IL-13 ha abierto una posibilidad de tratamiento para los pacientes más recalcitrantes y con peor respuesta a los tratamientos médicos o quirúrgicos. Por el momento, aún no se conocen los marcadores predictivos de mejor respuesta a cada uno de estos agentes biológicos.

Es importante que los especialistas en enfermedades de la vía aérea conozcan la significativa implicación que el manejo de la RSCcPN puede tener en el adecuado control de la patología bronquial.

### ABORDAJE DE LA PATOLOGÍA TRAQUEAL BENIGNA

Morcillo, A.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

El abordaje de la patología traqueal benigna no deja de ser un reto tanto para el neumólogo como para el cirujano torácico. Se presenta en ocasiones de forma abrupta, con situaciones de compleja decisión y que requiere una alta especialización para su solución.

Lo primero es establecer un algoritmo diagnóstico que va a depender mucho de la situación funcional del paciente. Tanto es así, que en pacientes con disnea muy acusada y que sospechamos que se localiza en la vía aérea superior, lo importante es solucionar la patología obstructiva. Por tanto, bajo nuestra opinión, el paciente debe ser remitido a quirófano donde se someterá una prueba de broncoscopia, para evaluación y valoración de actuación mediante tratamiento endoscópico de forma inicial.

En aquellos casos en los que el paciente presenta una disnea mínima, o cuando menos moderada se desarrollará el algoritmo diagnóstico en base a la realización en primer lugar de un TAC, y en segundo lugar de una broncoscopia a ser posible flexible. Dependiendo de esto, se tomarán las decisiones pertinentes en cuanto al establecimiento de una indicación quirúrgica o bien un tratamiento no quirúrgico de la patología mediante técnicas de intervencionismo respiratorio.

El abordaje de la patología traqueal benigna comprende dos aspectos, el endoscópico y el quirúrgico que son complementarios. La toma de decisión de forma rápida y eficiente será la que marque la evolución satisfactoria en estos pacientes.

# COMUNICACIONES ORALES

# DETECCIÓN DE AEROSOLES DE SARS-COV-2 EN ENTORNO DE PACIENTES COVID-19

Esteban Ronda, V. (1); Gómez Sánchez, N. (2); Torba Kordyukova, A. (1); Puentes Motos, J. (2); Ferrer Rodríguez, C. (2); Ruiz Torregrosa, P. (3); Rodríguez Galán, I. (3); Yubero Funes, E. (2); Crespo Mira, J. (2); Chiner Vives, E. (1); Colom Valiente, M. F. (2) (1) Hospital Universitario San Juan. Alicante, (2) Universidad Miguel Hernández de Elche. Alicante, (3) Hospital General Universitario. Alicante

### Objetivos

Demostrar la presencia de SARS-CoV-2 en partículas suspendidas en el aire (aerosoles) de menos de 10 µm de diámetro, como evidencia de su posible transmisión en entornos de pacientes COVID-19 positivos hospitalizados o confinados en su domicilio.

### Metodología

Estudio experimental, observacional y prospectivo realizado de enero a julio de 2022, incluyendo pacientes con COVID-19. Se recogieron datos personales, síntomas, días de evolución, oxígeno suplementario, otras patologías respiratorias y vacunación. Se utilizaron equipos de muestreo de aire de bajo caudal (4L/min) con filtros de fibra de vidrio que se colocaron a diferentes distancias (1 metro, 2 metros) en las habitaciones, dejándose de media 24 horas. El tamaño de partículas elegido fue el PM10. Los filtros se procesaron para extracción de ácidos nucleicos y detección de ARN y carga viral, mediante RT-PCR dirigida a los genes RdRp y N del SARS-CoV-2. Los filtros positivos se procesaron para visualización de partículas virales mediante microscopía electrónica de barrido (SEM).

### Resultados

El muestreo se realizó en habitaciones de los Hospitales de San Juan (n=16), General de Alicante (n=3) y en domicilios de confinados (n=9). De los 28 participantes, 19 eran mujeres, con edad media de 63 años. De las 41 muestras recolectadas, 36 fueron positivas para el ARN del SARS-CoV-2 (87,8%), tomando como positivo cualquier valor de CT menor a 45. No encontramos diferencias significativas en el CT de los filtros muestreados entre los 3 grupos de pacientes y las distancias. El tamaño de las partículas virales observado mediante SEM fue de 60 a 80 nm de diámetro.

### Conclusiones

El alto porcentaje de muestras positivas obtenidas indican que las habitaciones cerradas donde se alojan los pacientes con COVID-19 presentan una contaminación ambiental vírica detectada tanto por RT-PCR como por las imágenes de SEM. No encontramos diferencias significativas entre las diferentes distancias a las que se pusieron los equipos de muestreo de aire.

### Agradecimientos

beca de la fundación FISABIO (BOL00956).

# PROYECTO DE COLABORACIÓN DE SEPAR SOLIDARIA PARA LA FORMACIÓN EN ESPIROMETRÍA EN SÁHARA OCIDENTAL.

Pulido Sánchez, A. (1); Maestre Puerto, L. (1); García García, R. (2); Martínez Miguel, I. (3); Cases Viedma, E. (4); Chiner Vives, E. (1); Boira Enrique, I. (1)

(1) Hospital Universitario San Juan. Alicante, (2) Hospital Universitario 12 de Octubre, (3) Santander, (4) Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

### Introducción y objetivos

La espirometría es una técnica básica en la evaluación y seguimiento de las enfermedades respiratorias. Su implementación requiere la integración de estrategias diversas: formación de profesionales, definición de estándares de transmisión de la información, programa de control de calidad, requerimientos técnicos en las adquisiciones de equipos y la correcta interpretación de los resultados. Si en nuestro país existen problemas en su generalización en distintos ámbitos sanitarios, en los países en vías de desarrollo, y en concreto en los países africanos, su implantación es escasa y poco conocida. Presentamos un proyecto de colaboración para formación en espirometría de calidad en Sahara Occidental.

### Metodología

Se trata de una beca de colaboración de SEPAR solidaria, en el Programa Horizonte-Sahara, consistente en una bolsa de viaje para estancia en el Complejo Sanitario de Rabuni de la República Árabe Saharaui Democrática. Se desplazará una enfermera, una fisioterapeuta, y dos neumólogos (uno de ellos coordinador del equipo). El proyecto consistirá en la donación de un espirómetro (espirómetro Datospir- touch easy T ref. 07055 software w20s) y la implementación de un plan de formación en espirometría para médicos y enfermeras (sesiones teóricas y prácticas) con una evaluación posterior acerca de la habilidad y conocimientos.

### Resultados

Se valorará el tipo de personal sanitario, conocimiento previo, habilidad y corrección en obtención de espirometría de calidad, interpretación de patrones básicos. Adicionalmente se recogerá un cuestionario de datos sobre síntomas respiratorios, enfermedades, tabaquismo y alteraciones espirométricas en los pacientes atendidos. Los resultados se incluirán en una base de datos para realizar un estudio descriptivo y comparativo antes y después del programa. Los datos se analizarán mediante el programa SPSS.

### Conclusiones

Las ayudas de SEPARsolidaria permiten poner en marcha programas de salud, que, en el caso de la espirometría, contribuyen a mejorar el conocimiento y el abordaje de las enfermedades respiratorias en países en vías de desarrollo

# EL PULMÓN COMO HÁBITAT DE LEVADURAS LIPOFÍLICAS: NUEVAS ESTRATEGIAS DE AISLAMIENTO

Boira Enrique, I. (1); Esteban Ronda, V. (1); Gilabert Núñez, P. (2); Sancho Chust, J. N. (1); Ferrer Rodríguez, C. (2); Puentes Motos, J. (2); Gálvez Martínez, B. (3); Amat Humarán, B. (3); Chiner Vives, E. (1); Colom Valiente, M. F. (2)

(1) Hospital Universitario San Juan. Alicante, (2) Universidad Miguel Hernández de Elche. Alicante, (3) Hospital Universitario del Vinalopó

### Objetivos

El objetivo de nuestro estudio fue diseñar nuevos medios de cultivo que faciliten en desarrollo ni vitro de estas levaduras, aportando lípidos similares a los presentes en el surfactante pulmonar.

### Metodología

Se diseñaron 15 nuevos medios de cultivo de diferente composición lipídica para el crecimiento de levaduras de especies lipofílicas y lipodependientes, algunos de los cuales contienen surfactante pulmonar o los lípidos presentes en este. Se evaluó el crecimiento en estos medios de 21 especies de levaduras descritas como microbiota y/o patógenos de la vía respiratoria, incluyendo varias especies de Malassezia.

### Resultados

Se obtuvo un mayor desarrollo de algunas de las cepas de Malassezia cuando el medio tiene componentes del surfactante pulmonar como dipalmitoilfosfatidilcolina (DPPC) o extracto de surfactante pulmonar porcino (Curosurf).

Especialmente se consiguió el desarrollo óptimo de Malassezia restricta en medios M10 y M11 que contienen DPPC y surfactante pulmonar, respectivamente. La mayoría de las levaduras testadas tienen un buen crecimiento en ambos, excepto Candida krusei en medio M10 y Cryptococcus deneoformans, Cryptococcus gattii y Cryptococcus bacillisporus en el medio M11.

### Conclusiones

El estudio muestra que los lípidos pulmonares y en concreto la DPPC, son factores favorecedores del desarrollo in vitro de numerosas especies de levaduras, tanto especies lipofílicas como otras no consideradas hasta el momento como tales. Se han diseñado con éxito nuevos medios de cultivo ricos en lípidos del surfactante pulmonar, que pueden utilizarse para estudiar la viabilidad de la microbiota del tracto respiratorio inferior.

### Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado por la Fundación RESPIRA de SEPAR, proyecto de referencia 1134/2020.

# GRUPO DE ESTUDIO TOXIREL: EVALUACIÓN DE LA TOXICIDAD PULMONAR INMUNOMEDIADA EN PACIENTES CON CÁNCER EN UN ESTUDIO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL

Nofuentes Pérez, E. (1); Giménez Suau, M. (2); Pérez Pérez, J. L. (2); Gómez Román, M. (2); García Araque, M. (2); Montoyo Pujol, Y. (2); Martínez Banaclocha, N. (2); Arenas Jiménez, J. (2); Gayá García-Manso, I. (2); García Sevila, R. (2) (1) Alicante, (2) Hospital General Universitario Dr Balmis de Alicante

Palabras clave: Toxicidad Pulmonar

### Introducción

Los efectos adversos inmunomediados derivados del uso de la inmunoterapia en el cáncer se han descrito en diversos órganos y sistemas. Algunos de ellos, como la miocarditis o la neumonitis pueden ser graves e incluso mortales. La mayoría de ellos ocurren en los primeros seis meses tras el inicio del tratamiento, aunque también pueden darse posteriormente.

### Material y métodos

Se realizó un estudio prospectivo observacional unicéntrico y descriptivo en pacientes con cáncer tratados con inmunoterapia en un hospital terciario, Hospital General Universitario Dr Balmis desde Febrero 2020 hasta la actualidad. El objetivo de este estudio fue realizar un análisis descriptivo de los pacientes con neumonitis. Se utilizó el programa SPSS v.24 para el análisis de los datos.

### Resultados

En total, 182 pacientes fueron tratados con inmunoterapia. Presentaron efectos adversos inmunomediados 101 pacientes, de los cuales 12 (6'5%) presentaron neumonitis, 8 varones (66'6%) y 4 mujeres (33'3%). La distribución de los grados de neumonitis se puede observar en la tabla 1, destaca la presencia de 2 casos de grado 5 (16'6%). La neoplasia más prevalente entre estos pacientes fue el cáncer de pulmón de célula no pequeña (6, 50'0%), seguido del melanoma (3, 25'0%), del cáncer de células renales (2, 16'6%) y el colon (1, 8'3%). La inmunoterapia que más se asoció a neumonitis fue el pembrolizumab (6, 50'0%), seguido de nivolumab (2, 16'6%), atezolizumab (2, 16'6%), durvalumab (1, 8'3%) y en únicamente un paciente (8'3%) se empleó combinación con nivolumab-ipilumab. La mediana de tiempo hasta la aparición de síntomas fue 6'0 (2'3-7'8) meses. Radiológicamente lo más frecuente fue la presencia de infiltrados en vidrio deslustrado en 7 pacientes (58'3%), seguido de consolidaciones en 3 de ellos (25'0%) y 2 reacciones sarcoidosis-like (16'6%). En total, 11 pacientes recibieron tratamiento con corticoides sistémicos (91'6%); y 7 de ellos además requirieron ingreso hospitalario (58'3%). Se realizó broncoscopia a 10 de ellos (83'3%), observándose en todos una alveolitis linfocitaria, y destacando la presencia de un cociente CD4/CD8 elevado en aquellos con reacciones sarcoidosis-like.

### Conclusiones

En nuestra serie, la neumonitis se asoció con mayor frecuencia al tratamiento con pembrolizumab y a la presencia de vidrio deslustrado en la TC. La gran mayoría presentaron un grado que requirió tratamiento con corticoides sistémicos.

# UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC) EN EL SÍNDROME DE LA AGUDIZACIÓN EPOC (SAE)

Solé Delgado, M.; Miralles Saavedra, C.; Alonso Tomás, L.; Peris Cardells, R.; Soler Cataluña, J. J. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

Palabras clave: EPOC síndrome de agudización de la EPOC tomografía computarizada (TC) COPD management diagnosis

### Objetivo

La tomografia computarizada (TC) se ha convertido en una herramienta esencial en el manejo de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Sin embargo, existe escasa evidencia sobre su aportación durante la agudización. El objetivo principal de este estudio fue describir los hallazgos del TC en pacientes ingresados por sindrome de agudización de EPOC (SAE). Como objetivo secundario evaluar el impacto pronóstico de estos hallazgos.

### Material y métodos

Estudio prospectivo observacional con un diseño longitudinal. Se incluyeron pacientes mayores de 40 años, con diagnóstico de EPOC (tabaquismo >10 años-paquete, FEV1/FVC<0.7) que precisaron ingreso hospitalario por SAE. Se excluyeron los casos con cáncer activo. En todos los casos se realizó un TC torácico en fase aguda y se estudió la presencia de enfisema, bronquiectasias, engrosamiento de la via aérea, infiltrados pulmonares e hipertensión pulmonar (HTP), entre otros. Se realizó un análisis de supervivencia ajustado (regresión logistica de Cox) tomando como evento compuesto el tiempo hasta la primera agudización o muerte.

### Resultados

Se incluyeron 146 pacientes, 28 (19,2%) mujeres y 118 (80,8%) hombres, con una edad media±DE: 71±9 años y un FEV1(%) de 40±15%. El hallazgo más frecuente fue el enfisema que se observó en 90 (61.6%) casos, seguida del engrosamiento de pared bronquial 75 (53.6%) e infiltrados pulmonares 62 (42.4%). En el 35.7% de los pacientes que cursaron con radiografía normal se evidenció infiltrado en el TC (p<0.05). La presencia de enfisema e HTP se asoció de forma significativa e independiente con mayor riesgo de evento compuesto en el modelo multivariante (enfisema HR: 1.91, IC95%: 1.23-2.97; HTP HR: 2.17, IC:95% 1.18-3.99).

### Conclusiones

La TC aporta información relevante en el SAE. Permite reconocer más de un tercio de pacientes con infiltrados no reconocidos previamente e identifica factores de riesgo pronóstico adverso independientes (enfisema e HTP).

### Referencias

- <sup>1</sup>J.J. SOLER-CATALUÑ A, P. PIÑ ERA, J.A. TRIGUEROS ET AL., Actualización 2021 de la guía españ ola de la EPOC (GesEPOC). Diagnóstico y tratamiento del síndrome de agudización de la EPOC, Archivos de Bronconeumología, https://doi.org/10.1016/j.arbres.2021.05.011
- <sup>2</sup> M. MIRAVITLLES, M. CALLE, J. MOLINA ET AL., Actualización 2021 de la Guía Españ ola de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable, Archivos de Bronconeumología, https://doi.org/10.1016/j.arbres.2021.03.005

# NIVEL DE CONTROL EN PACIENTES CON EPOC, SEGÚN GESEPOC 2021

Villagrasa Guarch, M.; Solé Delgado, M.; Alonso Tomás, L.; Miralles Saavedra, C.; Álamo Pardo, A.; Sevillano Folgado, L.; Soler Cataluña, J. J.

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

Palabras clave: EPOC, GesEPOC, Control, Estratificacion, Riesgo, Fenotipo

### Objetivos

La Guía española de la EPOC (GesEPOC) 2021 introduce novedades en lo referente a la estratificación de riesgo, la distribución por fenotipos clínicos y especialmente al uso del control para el seguimiento de la enfermedad. El objetivo principal de este estudio es conocer el nivel de control según la estratificación de riesgo y el fenotipo clínico. Como objetivo secundario se evalúa el impacto del control sobre la hospitalización y la supervivencia.

### Metodología

Estudio observacional sobre una cohorte de pacientes seguidos en una consulta monográfica de EPOC. Se incluyen pacientes con EPOC (tabaquismo>10 años-paquete, FEVI/FVC<0.7). Se definió control cuando el paciente presentaba bajo impacto clínico y estabilidad, de acuerdo con los criterios diagnósticos propuestos por GesEPOC. Se estratifica la cohorte en bajo y alto riesgo, identificando en este último subgrupo los diferentes fenotipos [no agudizador (NA) y agudizador eosinofílico (AE) o no (AnE)]. Se realiza un estudio de supervivencia (regresión logística de Cox).

### Resultados

Se incluyen 272 pacientes (15.4% mujeres y 84.6% hombres) con edad media de 71±10 años y FEV1(%) medio del 47±19%. Cuarenta y siete (17.3%) fueron clasificados como riesgo bajo y el resto (82,7%) como alto. De ellos, 103 (37.9%) presentaban fenotipo NA, 35 (12.9%) AE y 87 (32.0%) AnE. Los pacientes con alto riesgo presentaron peor supervivencia (p=0,013) y mayor riesgo de hospitalización (p=0,005). El control se alcanzó en el 80.9% de los pacientes de bajo riesgo, siendo del 37.9%, 40.0% y 31.0%, para los fenotipos NA,

AE y AnE, respectivamente (p<0.001). Tras ajustar por edad, FEV1(%), riesgo y fenotipo, los pacientes no controlados presentaron peor supervivencia (HR: 2,07; IC95%: 0,98 – 4.35, figura 1) y mayor riesgo de hospitalización (HR: 1,55, IC95%: 1,01 – 2,38).

### Conclusiones

El control de la EPOC se alcanza en un porcentaje elevado de pacientes con bajo riesgo (80%), reduciéndose a la mitad entre los casos de alto riesgo. Los pacientes con peor control son los que presentan fenotipo agudizador no eosinofílico. El mal control se asocia de forma independiente a mayor riesgo de hospitalización y muestra una tendencia a presentar peor pronóstico.

### Referencias

- <sup>1</sup> MIRAVITLLES M, CALLE M, MOLINA J, ALMAGRO P, GÓMEZ J-T, TRIGUEROS JA, ET AL. Actualización 2021 de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Arch Bronconeumol ;58(1):69–81
- <sup>2</sup> MIRAVITLLES M, SOLER-CATALUÑA JJ, CALLE M, MOLINA J, ALMAGRO P, QUINTANO JA, ET AL. Guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (GesEPOC) 2017. Tratamiento farmacológico en fase estable. Arch Bronconeumol;53(6):324–35

### DIAGNOSTICO Y TITULACION CON CPAP EN EL COLAPSO DINÁMICO EXCESIVO DE LA VÍA AÉREA

Cruz Chamorro, D. (1); Luna Pardo, C. (2); Martinez Tomás, R. (3); Briones Gomez, A. (1); Muñoz, C. (4); Cases Viedma, E. (1) Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia, (2) Hospital Universitario de La Plana, (4) Hospital Universitario Reina Sofia, Córdoba

Palabras clave: Colapso dinámico excesivo de la vía aérea titulación de presión mediante broncoscopia

### Introducción y objetivos

El colapso dinámico excesivo de las vía aérea (CDEVA) es un síndrome poco reconocido, describe dos entidades fisiopatológicas, el colapso dinámico excesivo de la vía aérea (CDE) y la traqueobroncomalacia (TBM). En ambos hay una debilidad traqueal. En el CDEVA hay un desplazamiento anterior excesivo de la pared membranosa por debilidad y atrofia de la pared posterior, mientras que en la TBM shay una debilidad de las paredes cartilaginosas laterales y anteriores.

Prevalencia aproximada del 13%, 37% en pacientes con EPOC y otras enfermedades de las vías respiratorias.

Los síntomas son inespecíficos, tos, disnea de esfuerzo e infecciones respiratorias frecuentes. Suele ser comórbida de una patología respiratoria subyacente, lo que dificulta la asignación adecuada a una etiología atribuible.

El diagnóstico "gold standard" es mediante broncoscopia. Se define el CDEVA como un colapso > 50% de la vía aérea, con distintos puntos de corte (normal < 50%, leve 50-75%, moderado 75-90% y severo >90%).

Nuestro objetivo fue demostrar la importancia de incluir el CDEVA en el diagnóstico diferencial de la disnea, así como el uso de la broncoscopia para su diagnóstico y tratamiento, mediante el uso de la titulación de presión con ventilación no invasiva.

### Metodología

Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo de octubre de 2013 a julio de 2022. Se recogieron los pacientes según la codificación de diagnósticos del programa ENDOBASE del Hospital La Fe de Valencia. Fueron incluidos 184 pacientes, sólo 80 pacientes cumplían criterios de diagnóstico endoscópico de colapso dinámico excesivo de la vía aérea (CDE).

### Resultados

Se analizaron un total de 80 pacientes. Solo el 11,5% eran fumadores activos con un índice paquete/año medio de 36,9, 46,2% ex fumadores y 42,3% no fumadores. El 38,8% llevaban tratamiento depresor del SNC. Un 32,5% eran portadores de trasplante pulmonar. El 20% habían sido intervenidos de la vía aérea (17,5% intubación orotraqueal, 2,5% post- traqueotomía). Un paciente tenía bocio intratorácico y 7,5% asociado a compresión extrínseca maligna. De los pacientes tratados con ventilación no invasiva (modo CPAP/BIPAP), el 64,4% no la usaban, el 31,5% la utilizaba y se consideraba efectiva, y el 4,1% la utilizaba aunque sin efectividad significativa. De éstas, el 83,9% eran en modo CPAP y solo 16,1% en modo BIPAP. Hasta en el 68,6% se observó que el tratamiento con ventilación fue efectivo mientras en un 31,4% no. El 9% ya utilizaban CPAP previamente al diagnóstico.

La presión media inicial de CPAP durante la realización de la titulación de presión mediante broncoscopia utilizada es de 4,88 cmH2O +/- 2,58 cmH2O, y una presión final de CPAP es de 9,44 cmH2O +/- 3,66 cmH2O.

En 2 pacientes se colocó prótesis traqueobronquial, y en 2 pacientes se realizó plastia traqueobronquial. Conclusiones

El CDE es una patología infradiagnosticada, manifestándose como síntoma predominante la disnea. En el 66,4% de la serie de pacientes se presenta de manera comórbida con otra patología pulmonar (EPID, EPOC, asma bronquial, AOS).

El tratamiento con CPAP mostró ser efectivo hasta en el 31,5% en nuestra serie.

### Referencias

- <sup>1</sup> FAYEZ KHEIRA, SEBASTIAN FERNANDEZ-BUSSYC, SIDHU P. GANGADHARANA, ADNAN MAJIDA Excessive Dynamic Airway Collapse or Tracheobronchomalacia: Does It Matter?.
- <sup>2</sup> MAJID A, FERNÁNDEZ L, FERNÁNDEZ-BUSSY S, HERTH F, ERNST A. Traqueobroncomalacia. Arch Bronconeumol. 1 de abril de 2010;46(4):196-202.
- <sup>3</sup> CARDEN KA, BOISELLE PM, WALTZ DA, ERNST A. Tracheomalacia and tracheobronchomalacia in children and adults: an in-depth review. Chest. marzo de 2005;127(3):984-1005.
- <sup>4</sup> FEIST JH, JOHNSON TH, WILSON RJ. Acquired Tracheomalacia: Etiology and Differential Diagnosis. CHEST. 1 de septiembre de 1975;68(3):340-5.

# EFECTIVIDAD DE BENRALIZUMAB EN ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA (AGE) CON MENOS DE 300 EOSINOFILOS/MICROL

Alvarez Brito, A. (1); Ballesteros Vázquez, E. (2); Boira Enrique, I. (3); Martinez Soriano, A. (2); Sánchez Vera, A. F. (4); Palop Cervera, M. (6); Lluch, I. (4); Mogrovejo Calle, S. 083); Chiner Vives, E. (3); Martinez Moragon, E. (6) (1) Valencia, (2) Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia, (3) Hospital Universitario San Juan. Alicante, (4) Hospital Universitario de la Ribera. Alzira

### Introducción

Benralizumab ha mostrado mayor eficacia en los ensayos clínicos en AGE con >300 eosinófilos/microL. Para tomar decisiones acerca de la indicación de este biológico en pacientes con cifras menores de eosinófilos, es conveniente obtener datos de los estudios de práctica clínica habitual.

### Material y métodos

Estudio retrospectivo en el que han participado 4 hospitales de la Comunidad Valenciana con unidad de asma. Hemos analizado todos los pacientes que han iniciado benralizumab entre 2019 y 2020 con un periodo de seguimiento de 12 meses; valoramos posibles diferencias en los resultados en función de la eosinofilia (eos) superior o no a 300 células/microL.

### Resultados

Se han incluido 132 pacientes: 95 con>300 eos (mediana 560, limites 300-3020) y 37 con eos menores de 300 (mediana 78, limites 0-270). El 14% del primer grupo frente al 44% del otro eran corticodependientes (p=0004). No había diferencias basales entre ambos en el resto de tratamiento, ni en datos demográficos, función pulmonar, FENO, numero de exacerbaciones en el año precedente o ACT. En un número mayor de pacientes del grupo de eosinófilos más bajos, benralizumab se había indicado como fallo de otros biológicos previos (40% frente al 18%, p=0,014). Con respecto a datos de efectividad al año, apreciamos diferencias significativas de respuesta en ambos grupos en el ACT y el FENO (mayor ACT y menor FENO en el grupo con >300 eos); la ganancia en función pulmonar, la reducción de exacerbaciones y la mejoría de calidad de vida fue similar en ambos grupos de pacientes (tabla). Sin exacerbaciones graves a los 12 meses se han mantenido el 77% de pacientes con eos bajos y el 86% de los pacientes con eos mayores (p=0,24). Con ACT> 20 al año había un 65% de pacientes con eos bajos frente al 81% de pacientes con eosinofilias mayores (p=0,053). La función pulmonar normal se obtuvo en el 44% de pacientes con eos más bajos y en el 38% del resto (P=0,59).

### Conclusiones

Benralizumab demuestra ser eficaz en la práctica habitual en pacientes con AGE con cifras menores de 300 células/microL, algunos de ellos procedentes de fracasos con otros biológicos.

# ESTRATIFICACIÓN PRONÓSTICA DE LOS PACIENTES CON HAP DEL GRUPO I CON LA HERRAMIENTA DE LOS 4 ESTRATOS

Jove Lamas, A.; Rodriguez Estrella, D.; Sanfeliu Cuenca, P.; Medina, M. J.; Silvestre Antón, I.; López Reyes, R. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

### Introducción

La Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) constituye una entidad con elevada morbimortalidad que requiere una adecuada estratificación pronóstica tanto al diagnóstico como en el seguimiento para un adecuado manejo terapéutico. Nuestro objetivo es correlacionar el perfil de riesgo de los pacientes diagnosticados de HAP del grupo I con las diferentes estrategias terapéuticas utilizadas.

### Material y métodos

Estudio descriptivo de nuestra cohorte de pacientes con HAP del grupo I en seguimiento activo en nuestro centro. Se calcula su perfil de riesgo al diagnóstico con la herramienta de los tres estratos y en su último seguimiento con la herramienta de los cuatro estratos y se recoge el manejo terapéutico aplicado en ambos escenarios.

### Resultados

Se incluyeron un total de 49 pacientes con diagnóstico de HAP del grupo I y en seguimiento activo, 28 se encontraban al diagnóstico en riesgo bajo (57.1%), 18 en riesgo intermedio (36.7%) y 3 en alto riesgo (6.12%). En el último seguimiento, 31 se encontraban en riesgo bajo (63.2%), 16 en riesgo intermedio-bajo (33.3%), uno en riesgo intermedio-alto y otro en alto riesgo. De los 28 pacientes en riesgo bajo al diagnóstico, 18 permanecieron en riesgo bajo y 10 aumentaron su riesgo a intermedio0bajo. De los 18 pacientes en riesgo intermedio, 10 disminuyeron su riesgo a riesgo bajo y 6 permanecieron en riesgo intermedio-bajo. Todos los pacientes en alto riesgo disminuyeron su riesgo, 2 a riesgo bajo y otro a riesgo intermedio-bajo. Existe un aumento del 9.7% de pacientes en riesgo bajo, encontrándose un 96.5% del total en riesgo bajo o intermedio-bajo. Se observa una disminución del 50% en el uso de monoterapia y un aumento del 64.7% en el uso de la triple terapia. Existe un aumento del riesgo pronóstico en un 24.4% de los pacientes, de los cuáles un 66.6% habían iniciado su tratamiento con monoterapia.

### Conclusiones

La mayoría de los enfermos mejoran su perfil de riesgo durante el seguimiento, el uso de tratamientos combinados en doble y triple terapia es más frecuente en perfiles de riesgo intermedio y alto.

### CARGA HIPÓXICA COMO PARÁMETRO PARA CUANTIFICAR LA GRAVEDAD EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Inglés Azorín, M.; Oscullo Yepez, G. (1); Beauperthuy Levy, T. (2); Gomez Olivas, J. D. (2); García Ortega, A. (3); Bekki, A. (2); Martínez García, M. Á. (2)

(1) Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia, (2) Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia, (3) Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

### Introducción

La carga hipóxica nocturna o hypoxic burden (HB), actualmente parece una de las métricas más prometedoras como alternativa al índice de apnea-hipopnea (IAH) y los índices de desaturación como parámetro para estimar la gravedad y las consecuencias de la

Apnea obstructiva del sueño (AOS). Se mide como el área bajo la curva total de desaturación nocturna (en %min)/hora e integra información tanto de duración, frecuencia y profundidad de la saturación de oxígeno.

Nuestro objetivo es correlacionar el valor del HB con la somnolencia y factores de riesgo cardiovascular y compararlas con parámetros poligráficos tradicionales en pacientes con AOS

### Material y métodos

Estudio descriptivo de pacientes consecutivos con diagnóstico de AOS. Los parámetros poligráficos se evaluaron utilizando el software Sleepware G3 version 4.0.1.0. La somnolencia se valoró mediante el test de Epworth. La correlación entre HB y los parámetros poligráficos tradicionales con la comorbilidad cardiovascular y la somnolencia se evaluó mediante los coeficientes de Pearson o Spearman

### Resultados

Se incluyeron 681 pacientes con una edad media de 56,5 años, 64% hombres, IMC medio de 31,2kg/m². El 47% presentaba HTA, 16% diabetes, 5% eventos cardiovasculares y 4% cerebrovasculares. El Epworth medio fue de 9,4, hasta un 37% presentó hipersomnolencia (Epworth > 10 puntos). El IAH medio fue de 29,6/h, el ODI3% de 31,2/h y el CT90% de 11,3%. El HB medio fue de 77,9%/h. La correlación entre HB e IAH fue de 0,81, con ODI de 0,82 y con CT90% de 0,41 (p=0,001). El HB correlacionó mejor con el valor de Epworth, la presencia de hipersomnolencia y algunos factores de riesgo cardiovascular

### Conclusiones

La carga hipóxica se correlaciona mejor que los parámetros poligráficos tradicionales con la presencia de hipersomnolencia, algunos factores de riesgo cardiovascular y eventos cardiovasculares previos en pacientes con AOS; lo que podría implicar una mayor gravedad de la enfermedad y por lo que sería necesario tener en cuenta a la hora de valorar su pronóstico

# COMUNICACIONES PÓSTERES

# SARCOIDOSIS PULMONAR: ¿EVOLUCIONA COMO FIBROSIS PULMONAR PROGRESIVA?

Ballester Minguez, R. (1); Fernández Fabrellas, E. (2); Sabater Abad, C. (2); Galera Lozano, E. (2); Safont Muñoz, B. (2); Carrión Collado, N. (2)

(1) Facultad de Medicina. Universidad de Valencia, (2) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Palabras clave: EPID, sarcoidosis, fibrosis pulmonar progresiva

### Introducción

La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica con frecuente afectación pulmonar. El curso, considerado mayormente benigno, es variable, y hasta en el 20% de los casos se ha determinado empeoramiento progresivo a pesar del tratamiento. La atención integral a su evolución es clave para identificar este tipo de pacientes y abordar su manejo.

Recientemente, la relevancia del control evolutivo de cualquier EPID es mayor si cabe, tras la definición de las formas evolutivas denominadas fibrosis pulmonar progresiva (FPP) (AJRCCM, 2022), que, en el caso de la sarcoidosis, puede darse hasta en el 20%. Nos propusimos identificar estas formas FPP en nuestros pacientes con sarcoidosis, para estimar la frecuencia de este fenotipo en nuestro entorno.

### Pacientes y método

Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de sarcoidosis desde 2012, y seguidos hasta ahora en nuestras consultas monográficas de EPID. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, funcionales, radiográficas y evolutivas.

Aplicamos los criterios recientemente definidos para la forma FPP a lo largo del seguimiento de cada paciente. Se muestra análisis descriptivo de la población y comparativo entre sarcoidosis con progresión tipo FPP y no-FPP mediante Chi2 y el test U de Mann Whitney (p<0.05).

### Resultados

Incluimos 43 pacientes diagnosticados de sarcoidosis (criterios AJRCCM, 2020), con edad media al diagnóstico de 53,53±13,5 años. 55,8% eran mujeres. La mayoría procedían de Dermatologia (34,9%). Los estadios radiológicos más habituales eran I (53,5%), y II (37,2%), sin ningún estadio IV. El 46,5% estaban recibiendo ya corticoides orales. La media de los parámetros de función pulmonar al diagnóstico estaban dentro del rango normal, y el hallazgo del granuloma sarcoideo se obtuvo de adenopatías (37,2%) y piel (34,9%) fundamentalmente. Al final del seguimiento (media 78,21±40,47 meses), 18,6% de los pacientes habían progresado a estadio IV, y 11,6% cumplían criterios de forma fibrosante progresiva. Las diferencias entre sarcoidosis-FPP y no-FPP se muestran en TABLA 1.

### Conclusiones

- 1. En nuestra población con sarcoidosis de los últimos 10 años, 11,6% de los casos evolucionan como enfermedad fibrosante progresiva, siendo el empeoramiento de TCAR junto a empeoramiento >5% FVC% en 1 año los 2 criterios que cumplen mayoritariamente
- 2. Todos los pacientes con formas FPP habían recibido tratamiento con corticoides sistémicos en algún momento de su evolución

# DISPOSITIVO DE ADELANTAMIENTO MANDIBULAR (DAM): EXPERIENCIA EN LA CONSULTA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

Giménez Ruiz, P.; Martínez Aracil, A.; Lluch Bisbal, A.; Murillo Cortés, J.; Navarro Ivañez, R.; Fernández Fabrellas, E. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

### Introducción

Los dispositivos de avance mandibular (DAM) son una alternativa a la presión positiva continua en las vías respiratorias para pacientes con SAHS leve o moderado. Sin embargo, la CPAP tiene inconvenientes tales como; incomodidad, heridas, sensación claustrofóbica, ruido... que provoca rechazo en algunos pacientes. Una alternativa son los DAM que al insertarse en las arcadas dentarias produce el avance de la mandíbula y lengua, manteniendo permeable la vía aérea.

### Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes tratados con DAM en nuestro centro. Se han recogido las variables edad, sexo, IMC y las variables IAH, ODI, SpO2 media, SpO2 mínima y TC90% al inicio y tras tratamiento con DAM cuando se ha alcanzado el máximo efecto clínico valorado por el paciente y la Cirujano Maxilofacial. Se ha realizado el estudio de los cambios por comparación de muestras pareadas con métodos no paramétricos por bajo número de pacientes y no distribución normal de las variables respiratorias.

### Resultados

De un total de 67 pacientes, 39 de ellos tenían estudio de sueño pre y post colocación del DAM. 51,3% mujeres, edad media 50,8 (10,5) años y IMC 27,6 (3,5). Encontramos los siguientes resultados de las variables respiratorias: IAH basal 28,9 (17,2), IAH con DAM 16,4 (12,4, p=0,00007)), ODI basal 23,7 (19,7), ODI con DAM 12,57 (11,1(p=0.00025)), SPO2 basal 94,2 (2,3), SPO2 con DAM 93,3 (1,79(p=0.051)), SPO2 mínima 83,4 (8,5(p=0.2)), TC90% 11,04 (17,01), TC90% con DAM 84,8 (5,94(p=0.02)). (TABLA 1).

Se observa en el IAH y ODI cambios significativos estadísticamente, pero al analizar las diferencias individualmente se aprecia una gran variabilidad de los resultados entre los distintos pacientes, con unas diferencias en IAH media 12.5(16.7) y diferencias en ODI media 10.9(18.3) lo que en la práctica significa que 9 pacientes muestran un IAH peor y 10 pacientes uno ODI peor con el DAM. Tras un período de seguimiento se ha observado que 11(28,2%) pacientes han abandonado el DAM, 2 por no tolerarlo y el resto por falta de mejoría y volviendo al tratamiento con CPAP.

### Conclusiones

- 1. Encontramos una reducción significativa del IAH, del ODI y TC90% y no en SPO2 media ni mínima.
- 2. Dada la gran variabilidad detectada entre pacientes, con casos con ausencia de mejoría, parece recomendable intentar objetivar mediante una poligrafía/polisomnografía la respuesta real de cada paciente concreto.
- 3. Es llamativo el elevado número de abandonos del tratamiento con DAM en nuestra serie.

	BASAL	DAM	P
IAH	28.9 (17.2)	16.4(12.4)	0.00007
ODI	23.7 (19.7)	12.57(11.1)	0.00025
SPO2	94.2(2.3)	93.3(1.79)	0.0515
SPO2 minima	83.4(8.5)	84.8(5.94)	0.275
TC90%	11.04(17.01)	9.4(19.7)	0.0239

# TEMPERATURA Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: ¿ASOCIACIÓN O CAUSALIDAD?

Martínez Aracil, A.; Aguilar Peñaranda, P.; Correa Lozano, N.; Giménez Ruiz, P.; Sanz Herrero, F.; Fernández Fabrellas, E. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

### Introducción

La asociación entre el aumento de las temperaturas como consecuencia del cambio climático como posible factor de riesgo para ETV ha recibido muy poca atención. Según la AEMET, la temperatura ha ascendido hasta casi 2 °C de media en España en los últimos 60 años.

El aumento de temperatura relacionada con el cambio climático puede tener consecuencias sobre la salud respiratoria, de hecho, los clínicos perciben un mayor número de ETV-TEP en periodos estivales, aunque esta relación no está completamente establecida. Nuestro objetivo fue analizar la relación entre la temperatura media, máxima anual y mensual, así en la incidencia de ETV en una población de clima mediterráneo (Valencia y su área metropolitana).

### Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo incluyendo datos recogidos de todos los ingresos en el servicio de Neumología de nuestro hospital desde el año 2000 hasta septiembre del 2022, seleccionando aquellos con diagnóstico de ETV-TEP. Además, se recogió la información, según la AEMET, de las temperaturas medias y máximas durante el periodo de estudio.

### Resultados

Durante los últimos 22 años, ingresaron 689 pacientes por ETV-TEP. Dividido por periodos, sí que se observa un incremento de los ingresos entre 2012-2022 (57,8%) con respecto 2000-2011 (42,2%). En cuanto a las estaciones del año, no se aprecian diferencias significativas respecto a los ingresos por ETV-TEP durante los meses de otoño-invierno (48,2%) y primavera-verano (51,8% (p=0,242)).

En relación con los cambios de temperatura anuales, sí vemos un aumento de ingresos cuando las temperaturas superaban los 20°C: 57,3% frente a 42,7%,( p<0,05).

En el caso de las temperaturas máximas mensuales, no se vio un incremento de ingresos durante los años de observación.

### Conclusiones

- 1. En nuestra experiencia, observamos un incremento de la temperatura media/máxima interanual, sin que ello tenga una repercusión en la detección de un mayor número de enfermedad tromboembólica venosa en una población de clima cálido mediterráneo.
- 2. Durante los últimos años (2011-2022), con el aumento medio de temperatura que ello ha conllevado, sí que apreciamos un aumento en el número de ingresos por tromboembolismo pulmonar.

### PERFIL DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA: ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Flor Pérez, A.; Torrents Vilar, A.; Andújar LLamazares, M.; Segura Ayala, D.; Marin Royo, M.; Torres Relucio, J. J.; Saravia Cazón, A. *Hospital General Universitario de Castellón* 

### Introducción

La hipertensión pulmonar (HP) es una entidad clínica producida por diferentes enfermedades, provocando insuficiencia cardíaca derecha y muerte, por lo que su manejo requiere elevado grado de especialización. El objetivo de este estudio fue analizar el perfil y características del paciente con HP en seguimiento en consulta monográfica de Neumología en nuestro centro durante los últimos 2 años.

### Material y métodos

Se llevó a cabo un análisis retrospectivo de las características de los pacientes en seguimiento con HP en nuestro centro desde junio de 2020 hasta octubre de 2022. Se revisaron datos demográficos, clínicos, de laboratorio, funcionales, ecocardiográficos, hemodinámicos, así como tratamiento y resultados.

### Resultados

26 pacientes fueron seguidos con HP en este periodo, de los cuales el 65% fueron mujeres con una edad media de 71 años. Respecto a la etiología de la HP, 8 pacientes pertenecían al grupo 1, 10 al grupo 2, 6 al grupo 3 y 2 al grupo 4. La clase funcional de la NYHA promedio al diagnóstico fue 2. 3 pacientes asociaban hipotiroidismo. La PSAP media estimada por ecocardiografía fue de 66mmHg, el TAPSE 19mm y el 58% tenían dilatación ventricular derecha al diagnóstico. El valor medio de pro-BNP al diagnóstico fue de 2417pg/ml. La DLCO promedio fue de 69%. La distancia media recorrida en el TM6M fue de 331m.

Se realizó cateterismo cardiaco derecho a 14 pacientes, con una PAPm promedio de 38mmHg, PCP 13mmHg, PAD 9mmHg, GC 4l/min, IC 2,3l/min/m² y RVP 7,5UW. Se realizó el test de vasorreactividad con epoprostenol a 4 pacientes, siendo solo 1 respondedor. 6 pacientes recibieron tratamiento vasodilatador en monoterapia, 3 con doble terapia y 1 con triple terapia. 64% recibieron diuréticos y el 57% anticoagulantes. Ningún paciente ha fallecido durante el seguimiento.

### Conclusiones

En nuestra serie de pacientes el grupo más frecuente la asociada cardiopatía izquierda, principalmente mujeres en clase funcional 2. En más de la mitad se confirmó el diagnóstico de HP por CCD. El perfil de pacientes en seguimiento por nuestra consulta es coincidente con la mayor parte de las series publicadas.

# DESATURACIÓN EN EL PRIMER TEST DE 6MM EN PACIENTES SIN O2 ADICIONAL

Salcedo Patricio, A. L.; Safont Muñoz, B.; Valle Dávalos, P.; Honrubia Cuadau, M.; Tárrega Molina, I.; Lluch Bisbal, A.; Navarro Ivañez, R.; Fernández Fabrellas. E.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Palabras clave: Test de 6MM, EPID, EPOC

### Objetivo

Estudiar las características de los pacientes que han presentado durante su primer test 6MM y sin oxígeno adicional, una saturación menor de 85%, en la consulta externa de Neumología durante el año 2022 y las variables predictoras de la desaturación.

### Material y método

Estudio retrospectivo de todos los test 6MM realizados durante el año 2022 que cumplían esas condiciones. Se han recogido los datos antropométricos (edad, género, peso, talla, IMC), diagnóstico (EPOC, EPID, OTROS), SpO2, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, escala de Börg de disnea y de fatiga, en situación basal, al final de los 6 minutos marcha y tras 15 minutos.

Análisis estadístico: test t-Student para variables cuantitativas, Chi cuadrado para las variables categóricas y regresión logística univariable y multivariable incluyendo las variables con p< 0,20, con el programa Stata.

### Resultados

Se han realizado 219 test 6MM, 121 (55,25%) hombres y 98 (44,75%) mujeres, con edad media  $64.05 \pm 12.1$ , IMC 28.9  $\pm 5.65$ , metros recorridos  $433,43 \pm 129,52$ . SpO2 inicial  $96,3 \pm 2,06$ , SpO2 final  $92,2 \pm 5,8$ . Se han desaturado 23 pacientes (12,57%).

La comparación del grupo de pacientes que desaturan y que no desaturan muestra diferencias significativas solo en el IMC (p=0,0283) y SpO2 (p < 0,001) y prácticamente significativa la patología de base (p= 0,0598). TABLA 1.

En la regresión logística univariable hay significación en las variables IMC y Spo2 inicial.

El modelo de regresión logística multivariable alcanza significación el IMC (p = 0,005), SpO2 inicial (p< 0,001) y EPID (p = 0,032) presentando el modelo predictivo de desaturación un AUC de 0,79.

### Conclusiones

- 1. La desaturación se ha relacionado con menor IMC, menor SpO2 inicial y casi significativo con la patología de base sin encontrar relación con la disnea inicial.
- 2. En nuestra población el modelo de regresisón logística multivariable incluyendo IMC, SpO2 inicial y EPID es un buen predictor de la desaturación .

# RELACIÓN ENTRE EL USO DE ANTIBIÓTICO INHALADO Y LAS HOSPITALIZACIONES O VISITAS A URGENCIAS EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS COLONIZADAS

Pedro Tudela, A.; Boris Bermeo, C. K.; Lera Álvarez, R.; Herrejón Silvestre, A.; Martínez Moragon, E. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Palabras clave: Bronquiectasias colonizadas, antibiótico inhalado, exacerbaciones.

### Objetivos

El objetivo es demostrar si el uso de antibióticos inhalados en pacientes con bronquiectasias colonizadas, disminuye las hospitalizaciones y visitas a urgencias.

#### Metodología

Se ha realizado un estudio observacional, retrospectivo y no intervencionista. Recopilando los datos de la historia clínica electrónica, de donde se obtuvo información sobre datos clínicos, microbiológicos y del tratamiento antibiótico inhalado.

Dividimos a los pacientes en 12 meses pretratamiento y 12 meses durante el tratamiento, analizando los ingresos y visitas a urgencias antes y después del inicio de antibiótico inhalado.

Se utiliza el test de Chi cuadrado de Pearson para comparar muestras cualitativas y el test de Wilcoxon para datos cuantitativos no paramétricos.

#### Resultados

Se incluyeron 56 pacientes donde el microorganismo predominante fue la P. aeruginosa (76,8%).

Durante el año previo al inicio de tratamiento acudieron a urgencias el 48,2 % e ingresaron el 28.6% con una mediana de 9 días de ingreso. Por otro lado, durante el año de tratamiento inhalado, acudieron a urgencias el 41% e ingresaron el 28.6% con una mediana de 7.5 días.

En el análisis comparativo se observó que los pacientes en tratamiento activo con antibiótico inhalado presentaban menor número de visitas a urgencias (p=0,034).

#### Conclusiones

En los últimos años se ha extendido el uso de los antibióticos inhalados para el control de las exacerbaciones en los pacientes con bronquiectasias colonizadas, pudiendo observar en el presente estudio una disminución en el número de visitas a urgencias.

### AHOGAMIENTOS EN AGUA DULCE Y SALADA EN EL H.U. SAN JUAN DE ALICANTE: ESTUDIO DE 15 AÑOS

Torba Kordyukova, A.; Chiner Vives, E.; Boira Enrique, I.; Noblejas Quiles, C.; Celis Pereira, C.; Hernandez Padilla, M.; Castello Faus, C.; Esteban Ronda, V.; Pastor Espla, E.; Sancho Chust, J. N.

Hospital Universitario San Juan. Alicante

Palabras clave: ahogamiento, ahogamiento en agua dulce, ahogamiento en agua salada, insuficiencia respiratoria aguda, SDRA, tratamiento ahogamiento

#### Objetivos

Valoramos los casos de ahogamiento atendidos en el D. Salud 17 evaluando su comportamiento clínico y fisiopatológico, y la influencia de los corticoides sobre el curso de la enfermedad.

#### Metodología

Se analizaron durante un período de 15 años todos los casos de ahogamiento ingresados en el H. U. San Juan de Alicante, situado en un área costera mediterránea. Comparamos las variables clínicas y analíticas entre agua dulce y salada y obtuvimos correlaciones entre la edad, el sexo, la necesidad de resucitación y el nivel de conciencia. Además, se comparó la analítica sanguínea, gasometría arterial, radiología, estancia media hospitalaria, evolución clínica, tratamiento y pronóstico según el lugar del ahogamiento.

#### Resultados

Se estudiaron 77 hombres (71%) y 32 mujeres (29%), con una edad media de 51 ± 27 años. Los pacientes fueron divididos en grupos: (A) agua salada (72%) y (B) agua dulce (28%). Se encontraron diferencias estadísticas en la edad (A: 57±22 vs B: 35±33, p<0,001), hemoglobina (A: 15±2 vs B: 13±2, p<0,002), hematocrito (A: 45±8 vs B: 40±5, p<0,001), pH (A: 7,2±0,2 vs B: 7,3±0,1, p<0,001), HCO3 (A: 16±6 vs B: 21±5, p<0,001), PaO2/FiO2 (A: 316±148 vs B: 223±98, p<0,034) y RCP por Equipo de Emergencias (A: 23% vs B: 45%, p<0,039). No hubo diferencias en el patrón radiológico, siendo el más frecuente el alveolar difuso bilateral (44%). No hubo diferencias en las complicaciones excepto en el SDRA (A: 1% vs B: 10%, p<0,035); a destacar la neumonía bacteriana, ligeramente más frecuente en el grupo A (15% vs B: 13%). Fueron ingresados directamente en UCI 43, de los cuales 19 (44%) precisaron ventilación mecánica, 26 (60%) antibioterapia y 20 (47%) esteroides, observando una tendencia a la reducción de la estancia media en UCI, aunque la estancia media total hospitalaria no mostró diferencias. Dos pacientes murieron y 4 desarrollaron daño neurológico permanente.

#### Conclusiones

La morbilidad y mortalidad de los que llegan al hospital con ahogamiento fue baja, siendo más frecuente en agua salada. Los esteroides podrían reducir el tiempo de hospitalización en UCI, pero no parecen modificar significativamente la estancia hospitalaria total.

#### Referencias

- <sup>1</sup> SALOMEZ F, VINCENT JL. Drowning: a review of epidemiology, pathophysiology, treatment and prevention. Resuscitation. 2004; 63:261-8.
- <sup>2</sup> SZPILMAN D, BIERENS J, HANDLEY A, ORLOWSKI J. DROWNING. NEJM. 2012; 366: 2102-10.
- <sup>3</sup> Orlowski JP, Abulleil MM, Phillips JM. The hemodynamic and cardiovascular effects of near-drowning in hypotonic, isotonic, or hypertonic solutions. Ann Emerg Med. 1989; 18:1044–9
- <sup>4</sup> ARDS Definition Task Force, Ranieri VM, Rubenfeld GD, Thompson BT, Ferguson ND, Caldwell E, Fan E, Camporota L, Slutsky AS. Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition. JAMA. 2012; 307:2526-33.
- <sup>5</sup> BALLESTEROS MA, GUTIÉRREZ-CUADRAM, MUÑOZ P, MIÑAMBRES E. Prognostic factorsand outcome after drowning in an adult population. Acta Anaesthesiol Scand. 2009; 53:935-40.
- <sup>6</sup> REIZINE F, DELBOVE A, DOS SANTOS A, BODENES L, BOUJU P, FILLÂTRE P, FRÉROU A, HALLEY G, LESIEUR O, JONAS M, BERTEAU F, MORIN J, LUQUE-PAZ D, MARNAI R, LE MEUR A, AUBRON C, REIGNIER J, TADIÉ JM, GACOUIN A. Clinical spectrum and riskfactors for mortality among seawater and freshwater critically ill drowning patients: a French multicenter study. Crit Care. 2021; 25:372-80.
- <sup>7</sup> MICHELET P, DUSART M, BOIRON L, MARMIN J, MOKNI T, LOUNDOU A, COULANGE M, MARKARIAN T. Drowning in fresh or salt water: respective influence on respiratory function in a matched cohort study. Eur J Emerg Med. 2019; 26:340-344.
- <sup>8</sup> MOTT TF, LATIMER KM. Prevention and Treatment of Drowning. Am Fam Physician. 2016; 93: 576-82.

#### EXPERIENCIA, SEGURIDAD Y EFICACIA DE CITISINA EN NUESTRA UNIDAD DE TABAQUISMO

Torba Kordyukova, A.; Chiner Vives, E.; Pastor Espla, E.; Boira Enrique, I.; Esteban Ronda, V.; Castelló Faus, C.; Celis Pereira, C.; Hernandez Padilla, M.; Sancho Chust, J. N.; Senent Español, C.

Hospital Universitario San Juan. Alicante

Palabras clave: tabaquismo, citisina, tratamiento tabaquismo

#### Introducción

Citisina es un agonista parcial de los receptores de nicotina que desde 2021 está disponible como tratamiento de primera línea en el tabaquismo. Actualmente, es una de las dos opciones aprobadas disponibles en España. Nuestro objetivo fue analizar nuestra experiencia en la Unidad Especializada de Tabaquismo del Hospital Universitario de San Juan de Alicante en cuanto a eficacia y seguridad durante los primeros meses de uso.

#### Material y métodos

Se incluyeron pacientes que realizaron un intento de dejar de fumar con ayuda de Citisina entre enero de 2022 y enero de 2023. Se recogieron variables demográficas, antecedentes personales, historia de tabaquismo, motivación para dejar de fumar mediante escala analógica visual (EVA), dependencia física (test de Fagerström) e intentos y tratamientos previos con otros fármacos. Se analizó la adherencia al tratamiento, efectos adversos, percepción de eficacia para dejar de fumar y abstinencia al mes, 3 meses y 6 meses.

#### Resultados

Se incluyeron 63 pacientes. Cuatro (6.3%) se perdieron en el seguimiento y 17 (27%) no lo iniciaron finalmente. Los 42 pacientes que comenzaron Citisina tenían una edad media de  $57 \pm 6$  años y un 62% eran varones. Como antecedentes neumológicos, un 40% EPOC y un 2.9% había padecido un cáncer de pulmón. Respecto al tabaquismo, habían comenzado a los  $17 \pm 6$  años, fumaban una media de  $25 \pm 2$  cigarrillos al día, consumo acumulado de  $45 \pm 3$  a/p, en su mayoría tabaco manufacturado. Estaban bastante motivados para dejar de fumar (EVA  $8 \pm 2$  punto) y tenían alta dependencia a nicotina (Fagerström  $7 \pm 2$  puntos). La mayoría (60%) había realizado más de 3 intentos previos, 33% con TSN, 19% con Bupropion y 57% con Vareniclina. Respecto a su experiencia con Citisina, un 66.7% finalizó correctamente el tratamiento, solo 5 pacientes manifestaron algún efecto adverso como sudoración

o aumento de peso y en su mayoría (84%) se mostraron satisfechos. En cuanto a la abstinencia, 67% se declararon abstinentes el primer mes, 65% a los 3 meses y 46% a los 6 meses. Un 24% de pacientes que no consiguieron dejar de fumar por completo redujeron su consumo.

#### Conclusión

El tratamiento con Citisina durante 25 días es una opción de tratamiento segura, bien tolerada y eficaz para ayudar a dejar de fumar.

#### 8 MODIFICACIONES DE LA VÍA AÉREA PEQUEÑA MEDIDA CON OSCILOMETRÍA DE IMPULSO EN ASMÁTICOS GRAVES TRATADOS CON BENRALIZUMAB

Sanchez Vera, A. F.; De Juana Izquierdo, C.; Herrejón Silvestre, A.; Ballesteros Vazquez, E.; Lillo González, E.; Abella Sanchis, V.; Abril Ródenas, E. M.; Álvarez Brito, A. J.; Martínez Moragón, E.

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Palabras clave: Asma grave, Benralizumab, Vía aérea pequeña, Oscilometría de impulsos

#### Introducción

El compromiso de la vía aérea pequeña en pacientes asmáticos graves presenta un interés creciente y podría ser de utilidad en la evaluación de la respuesta a los biológicos.

#### Objetivo

Analizar la vía aérea pequeña en asmáticos graves no controlados al inicio de Benralizumab y evaluar sus modificaciones.

#### Métodos

Estudio descriptivo, observacional y prospectivo en pacientes que inician Benralizumab en nuestra unidad de asma desde julio/2021 con un seguimiento de 6 meses. Los pacientes mantenían tratamiento con GCI a dosis altas/LABA/LAMA al adicionar Benralizumab. valoramos FENO, espirometría, oscilometría de impulso, eosinofilia en sangre y cuestionarios de ACT y miniAQLQ al inicio y a los 6 meses. Usamos t de Student para muestras relacionadas. Nivel de significación p<0.05.

#### Resultados

Incluimos 12 pacientes. 59% mujeres, edad media 62+11 años. 33% asociaban poliposis nasal. FEV1 (% predictivo):76%+18; MMEF (% predictivo): 39,50% +25,52; FENO: 55+30 ppb. Eosinófilos 591+277cel/mcL. A los 6 meses la oscilometría mostró que la media de resistencia total (proximal y periférica) de las vías respiratorias (R5) disminuyó (de 5.15 a 4.22 kPa/l/s; p=0.021), así como en las resistencias periféricas (de 1.34 a 0.89 kPa/l/s; p=0.047), el área de reactancia (de 38,68 a 21,08 kPa/l; p=0.060) y la frecuencia de resonancia (23.50 a 18.66 kPa/l/s; p=0.011). Hay mejoría significativa en eosinofilia periférica, el FeNO, el FEV1, el MMEF, el control del asma y la escala EVAS de salud global y reducción de exacerbaciones.

#### Conclusión

La adición de Benralizumab al tratamiento produce a los 6 meses mejoría funcional en las vías respiratorias pequeñas medida por oscilometría de impulso, de forma análoga a la mejoría apreciada en las variables que habitualmente se emplean para medir la respuesta a los biológicos.

TABLA 1. Modificación de las variables analizadas previo al inicio y a los 6 meses del inicio de Benralizumab

	Al inicio	Tras 6 meses de Benralizumab	Р
ACT	14±5	19±4	0,002
FEV1 (ml)	1947±847	2209±965	<0,001
MMEF (ml)	1314±994	1818±1400	0,008
FENO (ppb)	55±30	37±20	0,012
Eosinófilos (10 <sup>6</sup> /L)	591±277	33±115	<0,001
R5 (kPa/I/s)	5,15±1,8	4,22±1,61	0,021
R5 R20 (kPa/l/s)	1,34±1,19	0,89±1,18	0,047
AX (área de reactancia) (kPa/l)	38,68 ±42,66	21,08 ± 28,69	0,06
Fres (kPa/I/s)	23,50 ± 10,74	18,66±9,41	0,011
Exacerbaciones año previo (N.º)	2,25 ± 1,54	0,08 ±0,29	<0,001
MiniAQLQ	4,2±1	5,3±1	0,057
Escala EVAS salud (0-100)	53±19	72±15	0,009

#### REMISIÓN AL AÑO DE TRATAMIENTO CON BENRALIZUMAB EN FUNCIÓN DE SI LOS ASMÁTICOS HAN SIDO TRATADOS O NO CON UN BIOLÓGICO PREVIO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Sánchez Vera, A. F. (1); Boira Enrique, I. (2); Palop Cervera, M. (3); Lluch Tortajada, I. (4); Chiner Vives, E. (2); Mogrovejo Calle, S. (5); Martínez Moragón, E. (1)

(1) Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia, (2) Hospital Universitario San Juan. Alicante, (3) Hospital de Sagunto. Valencia, (4) Hospital Universitario de la Ribera. Alzira

Palabras clave: Asma grave, Benralizumab, Práctica clínica habitual

#### Introducción

Los estudios multicéntricos evaluando los resultados obtenidos con el empleo de biológicos en los asmáticos graves nos pueden ayudar a tomar decisiones en la práctica clínica.

#### Material y métodos

Estudio retrospectivo en el que han participado 4 hospitales con unidad de asma acreditada por SEPAR. Hemos analizado todos los pacientes que han iniciado Benralizumab entre 2019 y 2020 con un periodo de seguimiento de 12 meses. Hemos considerado remisión al año si el ACT era > 20, no había ninguna exacerbación grave y el FEV1 era > 80%. Analizamos posibles diferencias entre pacientes con Benralizumab como primer biológico o aquellos con fallo de un biológico previo.

#### Resultados

Se han incluido 134 pacientes, 51% mujeres, edad media 56+13 años, IMC 27+5. El 44% eran atópicos. 35 pacientes habían recibido biológico previo: 19 Omalizumab, 8 Mepolizumab y 8 ambos. 39 pacientes (29%) tenían RNScPN y 3 (2%) ABPA. Eran fumadores 15 pacientes (11%) y corticodependientes 30 (22%). No había diferencias entre grupos respecto a sexo, edad, IMC, comorbilidades, atopia, función pulmonar, eosinofilia o corticodependencia. El grupo sin biológicos previos tenía mayor ACT, FENO menor y menos exacerbaciones que el grupo con fracaso de otros biológicos. De forma global se ha obtenido al año reducción significativa del número de exacerbaciones, disminución del FENO, reducción del uso de corticoides, mejoría en el FEV1 y en el ACT y en la calidad de vida (tabla). La calidad de vida es mejor en los pacientes con Benralizumab como primer biológico. Sin exacerbaciones graves se han mantenido el 86% de pacientes con Benralizumab de inicio frente al 70% del resto (p= 0,019). Con ACT> 20 al año había un 80% de pacientes con Benralizumab como primer biológicos previos (p= 0,020). La función pulmonar normal se obtuvo en el 40% de pacientes con Benralizumab de inicio y en el 29% del resto (P= 0,59). La remisión completa a los

12 meses se ha conseguido en 34 pacientes (34%) en los que Benralizumab fue el primer biológico y en 7 (20%) de los procedentes de otro (p= 0.23).

#### Conclusiones

En la práctica habitual se demuestra la eficacia de añadir Benralizumab al tratamiento de los asmáticos graves no controlados, con resultados mejores cuando se escoge de inicio esta terapia biológica, pero sin alcanzar diferencias significativas en el porcentaje de pacientes con remisión.

TABLA 1. Variables discriminadas por inicio de Benralizumab como primer biológico y tras fracaso de biológicos previos.

	Benralizumab como primer biológico	Benralizumab tras fracaso de otros biológicos	Р
	(n 99)	(n 35)	
ACT al inicio	13 <u>+</u> 3	11 <u>+</u> 7	0,003
ACT al año	21 <u>+</u> 2	19 <u>+</u> 4	0,079
FEV1 (%) al inicio	78 <u>+</u> 22	68 <u>+</u> 22	0,06
FEV1 (%) al año	83 <u>+</u> 22	79 <u>+</u> 23	0,519
Exacerbaciones graves año previo	2,6 <u>+</u> 1,6	3,21 <u>+</u> 1,4	0,0134
Exacerbaciones al año	1,45 <u>+</u> 1	1,70 <u>+</u> 1	0,41
FENO (ppb) inicio	41 <u>+</u> 29	56 <u>+</u> 36	0,034
FENO (ppb) al año	19 <u>+</u> 16	40 <u>+</u> 32	0,0001
Eosinófilos al inicio	507+413	392+385	0,061
eosinófilos al año	34+138	6+35	0,233
MiniAQLQinicio	3,0 <u>+</u> 1	3,12 <u>+</u> 1	0,603
MiniAQLQ al año	5,49 <u>+</u> 0,84	4,82 <u>+</u> 1,46	0,049
Corticodependientes inicio (pacientes)	21	9	0,639
Corticodependientes año (pacientes)	5	1	1

# EFECTIVIDAD DE BENRALIZUMAB Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDAD EN ADULTOS CON ASMA GRAVE: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE VIDA REAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

Martinez Soriano, A. (1); Sanchez Vera, A. (1); Boira Enrique, I. (2); Palop Cervera, M. (3); Lluch Tortajada, I. (4); Mogrovejo Calle, S. (1); Chines Vives, E. (2); Martinez Moragon, E. (1)

(1) Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia, (2) Hospital Universitario San Juan. Alicante, (3) Hospital De Sagunto. Valencia, (4) Hospital Universitario De La Ribera. Alzira

#### Objetivos

Los pacientes con asma grave eosinofílica (AGE) tienen un alto riesgo de exacerbaciones y un alto consumo de recursos. Benralizumab está aprobado para el tratamiento de estos pacientes pero es conveniente obtener datos de efectividad y reducción de carga de enfermedad en la práctica clínica habitual.

#### Metodología

Estudio retrospectivo en el que han participado 4 hospitales de la Comunidad Valenciana con unidad de asma. Hemos incluido a pacientes que iniciaron benralizumab entre 2019 y 2020. Analizamos los resultados obtenidos tras un periodo de seguimiento de 12 meses y se comparan con los 12 meses previos al inicio de esta terapia biológica.

#### Resultados

Se han incluido 139 pacientes, edad media 56 años, ligero predominio de mujeres (52%), IMC medio de 27+5, situación laboral activa 57%, exfumadores 30% y 60% nunca fumadores. El 43% de los pacientes tenia prick positivo a neumoalergenos. Ig E serica media de 375 IU/L. El 30% tenia rinosinusitis cronica con poliposis. El 25% de pacientes había recibido un biológico previo para su asma. Con respecto a datos de efectividad al año, apreciamos una reducción significativa (p<0,001)de exacerbaciones, mejora en el control del asma, la función pulmonar, reducción de biomarcadores (FENO y eosinófilos) y en el consumo de recursos asociados al asma. Los pacientes muestran mejoría significativa de la calidad de vida y de la percepción de salud global. Hay una reducción del consumo de otros fármacos de mantenimiento del asma y sobre todo reducción del consumo de corticoides sistémicos y de la dosis de glucocorticoides inhalados. La mediana de respuesta al año en la escala FEOS (escala de 0-100) ha sido de 76 puntos, media 72+12.

#### Conclusiones

Este análisis no intervencionista en el mundo real refuerza el valor clínico de benralizumab en el manejo de pacientes con AGE.

# DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN LA CONSULTA MONOGRÁFICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET DE VALENCIA

Boris Bermeo, C. K.; Pedro Tudela, A.; Herrejón Silvestre, A.; Martínez Moragon, E. M. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Palabras clave: EPOC

#### Introducción

Nuestro objetivo principal ha sido valorar las posibles diferencias entre hombres y mujeres en una consulta monográfica de EPOC.

#### Metodología

Se ha realizado un estudio descriptivo observacional retrospectivo. Población: Pacientes vistos en la consulta externa durante el 2022. Se recogen datos de la historia clínica, sobre aspectos clínicos, pruebas de función respiratoria y tratamiento con oxigenoterapia, CPAP (continuous positive airway pressure) y VMNI (ventilación mecánica no invasiva).

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

#### Resultados

Se incluyeron 230 pacientes, 29,1% mujeres y 70,9% hombres. No hubo diferencias en edad, índice de masa corporal (IMC), grado de obstrucción (FEV1), grado de disnea (MRCm), fenotipo, clínica, difusión de CO (DLCO), porcentaje de metros recorridos en test marcha de 6 minutos, exacerbaciones, puntuación de COPD Assesment Test (CAT), VMNI, oxigenoterapia e índice BODE.

Las mujeres tenían un menor índice años – paquete, menor relación DLCO/volumen alveolar (KCO), menor gravedad según clasificación GOLD (Global Obstructive Lung Disease), menor índice de comorbilidad (Índice Charlson), menor uso de CPAP y mayor eosinofilia periférica y tabaquismo activo.

#### Conclusiones

Las mujeres con EPOC tienen menor exposición tabáquica, grado de obstrucción bronquial, comorbilidades aunque mayor eosinofilia periférica y tabaquismo activo.

No obstante, al realizar el estudio con muestra de consulta monografía se precisan más estudios que englobe población general.

#### EFECTOS DE LA PANDEMIA EN UNA CONSULTA HOSPITALARIA DE TABAQUISMO

Climent Campos, C.; Taberner Lino, L. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Palabras clave: Tabaco Deshabituación Pandemia COVID-19

La reciente pandemia por el COVID-19 ha supuesto cambios en el sistema sanitario. Hemos querido averiguar cómo ha influido en los pacientes que acuden a una consulta de deshabituación tabáquica.

#### ESTANCIA Y MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS RESPIRATORIOS (UCRI) POSTPANDEMICA: UN NUEVO ESCENARIO PARA EL PACIENTE RESPIRATORIO COMPLEJO

Lozano Vicente, D.; Castilla Martínez, M.; Andreu Rodríguez, A. L.; Hu Yang, C.; Caballero Rodríguez, J.; García Villalba, E. P.; Ruiz Campuzano, M.

Hospital General Universitario Los Arcos Mar Menor

Palabras clave: UCRI, cuidados respiratorios, estancia, mortalidad

Debido a la pandemia por COVID-19 los hospitales españoles se han transformado, precisando nuevas estrategias de coordinación entre especialidades. Iniciamos nuestra UCRI en 2022. A continuación se expone un estudio retrospectivo de pacientes ingresados en el último semestre. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, escala APACHE-II, valores de intercambio gaseoso (PAFI), estancia, mortalidad y reingreso.

Se evaluaron 70 pacientes (51% varones) con edad media de 73 años, siendo el 33% mayores de 80 años. Casi 2/3 tenían un índice Charlson mayor de 5 y solo el 21% se consideraron candidatos a intubación en caso de fracaso de la ventilación (VNI). En un 31% se estableció limitación del esfuerzo terapéutico. Un 58% estaban a cargo de neumología y el resto se llevó conjuntamente con otros servicios. Las causas de ingreso más frecuentes fueron enfermedades respiratorias agudizadas (33%) y patología cardíaca (16%).

Respecto a los tipos de insuficiencia respiratoria (IR), el 47% presentó IR tipo I: distrés moderado el 21% y distrés grave un 7%. El otro 53% presentó IR tipo II, manteniendo el 70% acidosis al ingreso.

Como complicaciones un 9% presentó úlceras en zonas de apoyo de la mascarilla, un 10% infección nosocomial y tan sólo un paciente neumotórax yatrogénico. El 69% de los pacientes recibió VNI y el 16% VNI y oxígeno en alto flujo. La estancia media en UCRI fue de 7 días. Tras alta a planta, la tasa de reingreso fue de un 2.6%.

El valor medio en la escala APACHE-II fue de 10,8 a las 72 h del ingreso en UCRI. El 44%(n=31) presentó un valor entre 10-14 (mortalidad esperada de 12%) y el 15% (n=12) presentó un valor mayor de 15 (mortalidad esperada de 25%). Pese a ello, la mortalidad fue de 11% en UCRI (6,5% en planta convencional). La tasa de reingreso hospitalario a los 90 días fue de 23%.

Se analizaron factores que podían influir en la mortalidad: edad(media en supervivientes: 72a; media fallecidos: 72,8 años;p=0.9); Índice Charlson dividido en riesgo intermedio-alto (puntuación hasta 4) y >4(alto riesgo), sin significación, APACHE (media 10 en vivos; media 12 en fallecidos, p=0,2), PAFI (media 219 en vivos y media 150 en fallecidos,p<0.05). En cuanto a la estancia, no se obtuvo significación estadística con respecto a la edad, APACHE o Charlson, sin embargo, aquellos con estancia más corta (menor o igual a 5 días) presentaron una PAFI media de 224 y aquellos con estancia >5 días, una PAFI media de 192 (p =0,017). En cuanto a la tasa de reingreso hospitalario solo hubo diferencias en la edad media (76a frente a 70a en los que no ingresaron) sin significación estadística.

#### Conclusiones

Pese a que nuestros pacientes tenían edad avanzada y una gran morbilidad asociada, obtuvimos una mortalidad ligeramente menor a la esperable.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los resultados (estancia, reingreso y mortalidad) en función de la edad, índice Charlson o escala APACHE. Sin embargo, valores bajos de PAFI se asociaron con más mortalidad y días de estancia.

#### Referencias

<sup>1</sup> M. MATUTE-VILLACÍS, J. MOISÉS, C. EMBID, J. ARMAS, I. FERNÁNDEZ, M. MEDINA, ET AL. Role of respiratory intermediate care units during the SARS-CoV-2 pandemic. BMC Pulm Med., 21 (2021), pp. 228

#### PERFIL DE PACIENTES EN UNA MONOGRÁFICA DE ASMA GRAVE Y SU RESPUESTA A ANTICUERPOS MONOCLONALES (ABM)

Gimenez Ruiz, P.; Barandica Rangel, D. P.; Navarro Ivañez, R.; Salcedo Patricio, A.; Valle Dávalos, P.; Fernandez Fabrellas, E. Hospital General Universitario de Valencia

Palabras clave: Asma grave no controlada Tratamiento con anticuerpos monoclonales

#### Introducción

El asma grave puede estar no controlada a pesar de adecuado tratamiento con corticoides inhalados (ICS) a dosis altas+un segundo controlador en último año, o bien con uso de glucocorticoides orales(GCO), precisando tratamiento AbM.

#### Pacientes y métodos

Estudio retrospectivo descriptivo observacional de pacientes de nuestra consulta monográfica de asma grave no controlada (AGNC) desde febrero de 2020 a agosto de 2022, en tratamiento activo con AbM(omalizumab, mepolizumab o benralizumab) o que lo hubiesen realizado en algún momento durante ese periodo de tiempo. Se evaluaron en ellos FEV1, ACT, número de exacerbaciones y ciclos de GCO antes del inicio de tratamiento, a 6(6M) y 12 meses (12M) del mismo. Se recogieron datos demográficos, analíticos y de comorbilidades asociadas.

#### Resultados

86 pacientes incluidos, 65,5%mujeres y 33,3%hombres, edad al inicio del AbM 53,30±11,73, IMC 28,53±5,71, nunca fumadores 52,90% y ex-fumadores 43,70%, 52,90%poliposis nasal, 35,60%EREA, 48,30%sensibilizacion alérgica, 48,30%ansiedad, 17,20%AOS, FEV1% 62,8±18,40, ACTinicial 14,70±3,81, recuento de eosinófilos (células/mcL) 674,12±662,27, IgE (kU/L) 406,63±578,25, numero de ciclos de GCO/año 3,27 ± 2,02, exacerbaciones/año 3,95±2,20, hospitalizaciones/año 0,92±1,90, ingreso UCI 0.10±0,40 desde diagnóstico de asma, visitas a urgencias/año 2,83±3,03. Pacientes con Tratamiento AbM actual: omalizumab 35,6%, mepolizumab 46%, y benralizumab 10,3%. Los motivos del cambio de AbM fueron: respuesta parcial en 24,1%, no respuesta 3,4% y no tolerancia 5,7%, y un total de 7 tratamientos suspendidos (8%). Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la mejoría a 6M y 12M de iniciado el AbM para: FEV1% 72,68± 21,69(6M,p=0,008) y 74,92 ±21,56 (12M,p=0,016), exacerbaciones 0,43±0,82 (6M,p=0,044) y 0,33±0,61 (12M,p=0,05), ACT 19,26±3,42 (6M, p<0,001) y 20,11±3,80 (12M,p<0.001), ciclos GCO 0,23±0,54 (6M,

p<0,001) y 0,22 (12M, p<0,001).

#### Conclusiones

En nuestra cohorte, el tratamiento con AbM se realiza en paciente T2 alto mixto, en su mayoría con fármaco antill5/antilL5-R, consiguiendo a los 12M mejoría del FEV1%, ACT, exacerbaciones y reducción de ciclos de GCO/año. La valoración a los 6 meses muestra mejoría de estos parámetros, aunque es más notoria al año de tratamiento.

## ANALISIS DE PARÁMETROS DE RESPUESTA A TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ANSIEDAD Y ASMA GRAVE NO CONTROLADA (AGNC)

Gimenez Ruiz, P.; Barandica Rangel, D. P.; Navarro Ivañez, R.; Tobar Peñaherrera, A.; Salcedo Patricio, A.; Valle Dávalos, P.; Fernandez Fabrellas, E.

Hospital General Universitario de Valencia

Palabras clave: Ansiedad y asma grave no controlada

#### Introducción

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica, entre cuyos objetivos de tratamiento está lograr un adecuado control, mantenimiento de función pulmonar y evitar efectos adversos del tratamiento. Identificar sus comorbilidades contribuye al logro de dichos objetivos.

#### Pacientes y método

Estudio retrospectivo y longitudinal de pacientes de nuestra consulta monográfica de AGNC desde febrero de 2020 a agosto de 2022, en tratamiento escalón 6 según GEMA 5.2 y que tienen un diagnóstico psicológico de ansiedad asociado. Se evaluó en ellos ACT, uso de GCO (en ciclos o de mantenimiento) y FEV1% antes de iniciar tratamiento con anticuerpo monoclonal (AbM) y a los 12 meses (12M) de tratamiento. Se recogieron datos demográficos y analíticos. Dividimos a los pacientes en 2 grupos: los diagnosticados de ansiedad (A) y los que no (no-A), y se analizaron diferencias en características basales y evolutivas de ambos grupos mediante Chi-cuadrado y Mann-Whitney. Se consideró significativo p < 0.05.

#### Resultados

incluidos 86 pacientes, 48,3% (n=42) diagnosticados de ansiedad (A) con las siguientes características: 71,4% mujeres, 28,6% hombres, edad 57,12 ±13,15 años, IMC 29,07±6,15, nunca fumadores 52,4% y fumadores activos el 4,8%, FEV1% pretratamiento 64,09 ±17,56, recuento absoluto de eosinófilos (células/mcL) 673,81±816,31, niveles de IgE total (kU/L) 442,98±694,75, ACT basal 13,87±3,80 y GCO/ año en ciclos 3,83±2,05 y de mantenimiento 11,9% (n=5). La población No-A representa un 51% del total (n=44), 61,4% mujeres, 38,6% varones, edad 59,59±11,14, IMC 27,99±5,26, nunca fumadores 54,5% y ninguno fumador activo, FEV1% pretratamiento 60,85±19,43, recuento absoluto de eosinofilos (células/mcL) 674,42±476,14, niveles de IgE total (kU/L) 370,29±437,62, ACT basal 15,49±3,70 y GCO en ciclos/año de 2,72±1,84 y mantenimiento el 11,6% (n=5).

Las diferencias entre grupos antes de AbM y a los 12 meses se muestran en la tabla 1 (fichero adjunto).

#### Conclusiones

Encontramos que los pacientes con comorbilidad ansiedad antes de tratamiento AbM habían recibido más ciclos de GCO el año previo, con un menor control de síntomas. Sin embargo, a los 12meses se consigue mejoría similar de todos los parámetros evaluados en pacientes con ansiedad y sin ella.

## EFICACIA DE BENRALIZUMAB EN EL ASMA EOSINOFÍLICO GRAVE NO CONTROLADO: REMISIÓN CLÍNICA BAJO TRATAMIENTO

Boira Enrique, I. (1); Chiner Vives, E.; Mate Martín, I.; Esteban Ronda, V.; Torba Kordyukova, A.; Castelló Faus, C.; Hernández Padilla, M.; Pastor Esplá, E.; Sancho Chust, J. N.; Bernabeu Martínez, M. Á.; Planelles de Castro, M.; Aznar Saliente, T. Hospital Universitario San Juan. Alicante

#### Objetivos

Evaluar la eficacia y grado remisión clínica de benralizumab en asma eosinofílico grave no controlado (AEGNC).

#### Metodología

Se incluyeron pacientes con AEGNC que iniciaron terapia con benralizumab. Se analizó función pulmonar, comorbilidad, parámetros analíticos, cuestionarios de control de enfermedad (ACT, ACQ, VAS, AQLQ), visitas a urgencias, ingresos, retirada de corticoides y la respuesta (FEOS y EXACTO).

#### Resultados

Se analizaron 62 pacientes, 58% mujeres , 56±16 años, FEV1% 78±19%, IMC 26.4±5 kg/m2, seguimiento 21±8 meses, IgE 332±435 UI/mL (25-3041), 695±443 eosinófilos. Comorbilidades más frecuentes: rinitis 66%, poliposis nasal 63%, anosmia/hiposmia 64% y dermatitis atópica 40%. En tratamiento con: dosis altas de ICS/LABA 100%, montelukast 45%, LAMA 48%, antihistamínicos 15%, xantinas 3%, esteroides orales en 8%. Ingresados en el último año 32%, 58% con visita a urgencias, 61% ciclos de esteroides orales, con 4.5±6 exacerbaciones/año. Comparando basal y tras tratamiento, se observaron diferencias en VAS (7±1vs2±1, p<0.001), ACT (15±1vs22±1, p<0.001) y ACQ (2.7±0.2vs1.1±0.4, p<0.001), AQLQ (2.4±0.28vs5.6±0.28, p<0.001), FVC% (93±19vs96±20, p<0.01), FEV1%

 $(79\pm22vs86\pm22, p<0.001)$ , con una diferencia media en FEV1 de  $237\pm185$  ml . Se redujeron las exacerbaciones  $(4.5\pm6vs0.7\pm2, p<0.001)$ , visitas a urgencias  $(1.8\pm2.2vs0.2\pm0.7, p<0.001)$ , ingresos  $(1\pm0.6vs0.2\pm0.6, p<0.001)$  y ciclos de esteroides  $(1.8\pm2.2vs0.2\pm0.7, p<0.001)$ , que representó 84%, 89%, 80%, 89% de reducción respectivamente. De los 5 pacientes con esteroides orales se retiraron en 2 y redujeron en 3. La medicación de mantenimiento y rescate se redujo significativamente (p<0.001). La puntuación media de FEOS fue  $74\pm7$  obteniendo respuesta completa/superrespuesta 31 pacientes(50%), buena en 25 (40%) y parcial en 6 6 (10%).

#### Conclusiones

Benralizumab mejoró el control del asma y la función pulmonar, disminuyendo la necesidad de esteroides orales, medicación de mantenimiento y rescate, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios, alcanzando criterios de remisión clínica el 50%.

## BENRALIZUMAB EN ASMÁTICOS GRAVES MAYORES DE 65 AÑOS: RESULTADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

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

(1) Hospital Universitario San Juan. Alicante, (2) Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia, (3) Hospital de Sagunto. Valencia, (4) Hospital Universitario de la Ribera. Alzira

#### Objetivos

Analizar las diferencias en eficacia y seguridad de benralizumab en pacientes mayores o no de 65 años.

#### Metodología

Estudio retrospectivo en el que han participado 4 hospitales con unidad de asma acreditada por SEPAR. Hemos analizado todos los pacientes que han iniciado benralizumab entre 2019 y 2020 con un periodo de seguimiento de 12 meses.

#### Resultados

Se han incluido 138 pacientes: 97 menores de 65 años (edad media 49, limites 44-58 años) y 41 mayores de 65 años (edad media 72, limites 65-89 años) sin diferencias respecto a sexo, IMC, función pulmonar, eosinofilia, corticodependencia y número de exacerbaciones el año previo. Los pacientes mayores tenían un asma de comienzo tardío, menos atopia, más comorbilidades y un menor FENO. Al año se ha obtenido una reducción significativa del número de exacerbaciones, FENO, uso de corticoides; mejoría en el FEV1, ACT, calidad de vida y estado de salud global. El grupor menor de 65 años presentó de manera significativa mejoría en el FEV1 y ACT (tabla). El 78% de pacientes menores de 65 años y el 80% de los mayores se han mantenido sin exacerbaciones graves a los 12 meses (p=0,55). El 74% de los pacientes menores de 65 años presentaron un ACT> 20 frente al 65% de pacientes mayores (p=0,269). El 44% de los pacientes menores de 65 años y el 17% del resto obtuvieron función pulmonar normal(p=0,0006). Los efectos adversos han sido escasos y sin diferencias por edad (en jóvenes 1 urticaria, 2 cefaleas y 1 dolor muscular; en mayores 1 dolor muscular).

#### Conclusiones

Eficacia en la práctica habitual de benralizumab en mayores de 65 años con menor mejoría que los jóvenes en función pulmonar y puntuación en ACT siendo la reducción de exacerbaciones y calidad de vida similar. No se detectan más efectos adversos pese

a más comorbilidades. Nuestros datos apoyan el inicio de la terapia biológica en pacientes más jóvenes buscando que mayor porcentaje consigan la función pulmonar normal y por tanto la remisión.

## EXPERIENCIA DE LA PUNCIÓN-ASPIRACIÓN GUIADA POR ECOBRONCOSCOPIA (EBUS-TBNA) EN NUESTRO CENTRO

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

Hospital Universitario de la Ribera. Alzira

#### Objetivo

El EBUS-TBNA es una técnica mínimamente invasiva que permite obtener muestras citológicas de adenopatías mediastínica e hiliares permitiendo su diagnóstico y estadiaje en el cáncer de pulmón, reduciendo la necesidad de realizar mediastinoscopia. El objetivo es recoger la experiencia del procedimiento en nuestro centro.

#### Métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo. Se incluyen todos los pacientes que se han realizado EBUS-TBNA desde su implantación en nuestro centro (febrero 2020-octubre 2022). Recogimos características epidemiológicas, sospecha diagnóstica inicial, diagnóstico final, realización de estudio molecular, PET-TC tanto su realización previa como su metabolismo, servicio solicitante, calidad de muestra, N° de aguja y complicaciones.

#### Resultados

Se realizaron 67 EBUS-TBNA, de edad media  $66.48\pm11.36$  años de los cuales 44 eran hombres (65,7%) y 23 (34.3%) eran mujeres. Antecedente de tabaquismo en 43 casos (64,2%). La sospecha diagnóstica inicial era de malignidad en 47 casos (70,1%). El procedimiento fue solicitado por neumología 31 casos (47%), oncología 22 (33,3%) y medicina interna 9 (13,6%), otros 4 (6%). Contaban con PET-TC previo 43 pacientes (64.2%) y con metabolismo positivo 42 casos. Se utilizó aguja Olympus modelo ViziShot 2 FLEX  $10^{\circ}$  PLEX  $10^{\circ}$  PLEX 1

#### Conclusiones

El EBUS-TBNA es un procedimiento seguro, mínimamente invasivo con baja tasa de complicaciones que permite el diagnóstico y estadificación mediastínica en sospecha de neoplasias.

TABLA 1. Resultados citohistológicos.

No diagnóstica	23.4%
Malignidad	40.6%
Benigna	4.7%
Tejido linfoide	31.3%

TABLA 2. Tipos histológicos de malignidad.

Adenocarcinoma	42.30%
Epidermoide	11.53%
Carcinoma	11.53%
Microcítico	7.69%
Metástasis extrapulmonar	26.93%

### EXPRESIÓN DE MACRÓFAGOS ALVEOLARES EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN: RESULTADOS PRELIMINARES

Esteban Ronda, V. (1); Javaloyes Compañy, J. (2); Martínez López, S. (2); Sancho Chust, J. N. (1); Ferrer Rodríguez, C. (2); Gálvez Martínez, B. (3); Amat Humarán, B. (3); Chiner Vives, E. (1); Colom Valiente, M. F. (2)

(1) Hospital Universitario San Juan. Alicante, (2) Universidad Miguel Hernández de Elche. Alicante, (3) Hospital Universitario del Vinalopó

#### Objetivos

Describir las poblaciones de macrófagos alveolares en muestras de lavado broncoalveolar (LBA) de pacientes con distintos tipos de cáncer de pulmón mediante citometría de flujo.

#### Metodología

Se analizaron muestras de lavado broncoalveolar, recogidas entre noviembre de 2021 a octubre de 2022. Los pacientes con infección activa o inmunodeprimidos fueron excluidos. Una alícuota de 10 mL de LBA se procesó de inmediato para su estudio inmunológico. Se siguió un protocolo de marcaje de macrófagos, mediante 200 µl de suero fetal bovino con 5 µl de cada uno de los anticuerpos marcadores para citometría de flujo (CD14 y CD86 para macrófagos proinflamatorios M1, CD206 y CD163 para macrófagos antiinflamatorios M2). Se recogieron datos sociodemográficos, profesión, tabaquismo, diagnóstico final y estadio tumoral como covariables.

#### Resultados

Se incluyeron 16 pacientes con cáncer de pulmón con edad media de 65 ± 9 años, y 3 pacientes con patología benigna no infecciosa (2 EPID y 1 estenosis traqueal) como grupo control, con edad media de 69 ± 6 años. Se detectó mayor porcentaje de población de macrófagos M2 en los pacientes con cáncer de pulmón (ratio M2/M1 de 51,87) respecto a los pacientes con patología pulmonar benigna (ratio M2/M1 de 27,74). El subanálisis por tipo de cáncer de pulmón mostró una ratio M2/M1 mucho menor en pacientes con microcítico (ratio M2/M1 de 2,69), respecto a los carcinomas no microcíticos (ratio M2/M1 de 68,26), siendo esta ratio especialmente alta en adenocarcinomas (ratio M2/M1 de 86,49). No se encontró relación entre el hábito tabáquico de los pacientes y su estatus inflamatorio.

#### Conclusiones

El estudio inmunológico ha permitido corroborar la preponderancia de macrófagos con fenotipo antiinflamatorio en pacientes con cáncer de pulmón. El subanálisis de datos muestra que la mayor ratio M2/M1 la presentan los adenocarcinomas, siendo esta ratio mucho menor en carcinomas microcíticos.

#### Agradecimientos

beca Fundación RESPIRA de SEPAR, proyecto de referencia 1134/2020.

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CATÉTER PLEURAL TUNELIZADO

Maestre Puerto, L.; Pulido Sánchez, A.; Fernández, E.; Boira Enrique, I.; Celis Pereira, C.; Torba, A.; Hernández Padilla, M.; Esteban Ronda, V.; Sancho-Chust, J. N.; Chiner Vives, E.

Hospital Universitario San Juan. Alicante

Palabras clave: cuidados enfermeria; drenaje pleural tunelizado.

#### Objetivos

Describir las características de los cuidados de Enfermería proporcionados desde la Unidad de Broncoscopia y Neumología Intervencionista (UBNI) a los pacientes con Catéter Pleural Tunelizado (CPT).

#### Metodología

Análisis de consultas presenciales y contactos telemáticos del personal de Enfermería de la UBNI a los pacientes tras colocación de CPT, detallando según el tipo de intervención realizada.

#### Resultados

Se colocaron 36 CPT, edad media 70 años, 58% mujeres. Etiología: cáncer pulmón 36%, cáncer mama 22%, cáncer páncreas 11%. benignas 11%. Previo drenaje 72% y pleurodesis 64%. Aparecieron complicaciones del CPT en el 11% (infección 5.5% y migración 5.5%). La duración de uso del CPT fue de 4±4.17 meses [rango 0-18 meses]. Fue retirado en el 45% (pleurodesis espontánea 31%, situación terminal 10%). Los pacientes fueron éxitus en el 79% de los casos. El personal de Enfermería de la UBNI realizó consulta de educación inicial en el 100% de los casos, consulta de retirada de sutura provisional en 86%, consultas presenciales para drenaje en 94% (media 5.13±6.04), consultas telemáticas en 17%, maniobras de repermeabilización del CPT en 22%, administración fibrinolíticos intrapleurales en 17% y toma de muestras en 11%. Por cada CPT se realizaron un total de 8.27±7.63 consultas.

#### Conclusiones

El seguimiento de los pacientes con CPT requirió una serie de cuidados por parte del personal de Enfermería de la UBNI responsable. Los más frecuentes fueron la educación inicial, la retirada de sutura provisional y el drenaje. Pero también destacaron las maniobras de repermeabilización o la administración de fibrinolíticos. Todo ello supone una carga de trabajo y requiere de una gran especialización del personal implicado.

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

Maestre Puerto, L. (1); Chiner Vives, E. (1); Boira Enrique, I. (1); Torba Kordyukova, A. (1); Navarro Marín, S. (2); García Ferrer, S. (2); Martínez Delgado, F. (2); Fernández Saenz de Santa María, M. (2); Lavandeira Adán, R. (2) (1) Hospital Universitario San Juan. Alicante., (2) Linde Medica Alicante

Las escalas PROM son herramientas que permiten comprender la percepción del paciente sobre su calidad de vida. Los PROM para TRD (Terapias Respiratorias Domiciliarias) y en concreto para oxigenoterapia (OCD), están escasamente desarrolladas.

#### Método

Proceso de validación en etapas: cuatro reuniones entre expertos mediante técnica de consenso, para definir los ítems principales y confeccionar un cuestionario provisional. A continuación, entrevistas a pacientes y cuidadores en un taller de validación cualitativa y cognitiva para testar su comprensión mediante una escala cuantitativa A, B y C (acuerdo total, parcial y desacuerdo). Finalmente, el cuestionario fue testado en un grupo de pacientes con inicio de OCD para valorar su validez y capacidad de discriminación.

#### Resultados

Se incluyeron 13 preguntas sobre las últimas 4 semanas tras iniciar OCD: esfuerzo cotidiano, capacidad física, disnea, estado de salud, confianza, vida social, necesidad psicológica, inquietud en la dependencia de oxígeno, inconveniente para dormir fuera de casa, incomodidad del equipo, sequedad en vías respiratorias, sequedad nasal, mejoría en la movilidad con respuesta tipo Likert (0, nada, 1 muy poco, 2 algo, 3 bastante, 4 mucho). El cuestionario fue testado en 25 pacientes, 22 con OCD móvil y 3 estática, con una edad media de 73±8 años, 16 hombres y 9 mujeres. Todos los item alcanzaron acuerdo A, excepto necesidad psicológica (C), por lo que se eliminó en la versión final. En la tabla se muestran los resultados en %

#### Conclusiones

Los PROM específicos para OCD se mostraron útiles para proporcionar valiosa información cualitativa y ser administrados en una gran muestra con esta TRD.

#### CARACTERISTICAS DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO EN MUJERES EN UN HOSPITAL TERCIARIO A LO LARGO DE 15 AÑOS

Hernández Padilla, M.; Chiner Vives, E.; Boira Enrique, I.; Sancho Chust, J. N.; Pastor Esplá, E.; Esteban Ronda, V.; Macarrón Perales, C.; Castelló Faus, C.; Castelló Faus, C.

Hospital Universitario San Juan. Alicante

#### Introducción

Analizamos las diferencias en las características de pacientes diagnosticados de neoplasia broncogénica en nuestro hospital durante los años 2007-2021 y evaluar la influencia del género.

#### Material y métodos

Se evaluaron los casos de carcinoma broncogénico (CB) presentados en el comité de tumores en los 15 últimos años, dividiendo los pacientes en grupos por género: grupo de hombres (A) y grupo de mujeres (B). Analizamos las características demográficas, así como las diferencias en el debut de la enfermedad y la evolución a lo largo del periodo.

#### Resultados

Estudiamos 1343 pacientes, 992 (74%) hombres y 351 (26%) mujeres. La edad fue 68 ± 10 años en A y 65 ± 11 años en el B (p< 0.001), siendo menores de 50 el 4.5% de A y 9.4% de B (p<0.01). El i. paquetes/año fue 57 ± 33 en A y 43 ± 21 en el grupo B (p<0.001). La proporción de no fumadores fue 4.8 % en el grupo A y 26.5 % en el grupo B (p<0.001). En cuanto a la histología, dividimos a los pacientes en grupos: adenocarcinoma, epidermoide, carcinoma indiferenciado de célula pequeña, indiferenciado de célula grande, bronquioloalveolar y otros carcinomas, siendo el porcentaje de cada uno de ellos en A: 25 %, 41 %, 12 %, 7.5 %, 1.1 %, 3% y 6% respectivamente, y en B: 37.6%, 28 %, 12.3 %, 7 %, 1 %, 1.4 % y 10 %, siendo significativamente superior el adenocarcinoma en mujeres (p<0.001) y el epidermoide en hombres (p<0.001). Un 42 % de A tenían metástasis a distancia en el diagnóstico, frente a 46 % de B (p=ns), siendo más frecuentes en B las pleurales (p < 0.05), sin diferencias en otras localizaciones. Hubo diferencia entre A y B en el estadiaje al diagnóstico (p=0.005). En el periodo aumenta el adenocarcinoma en mujeres, mientras que el epidermoide se mantiene estable.

#### Conclusiones

De los pacientes diagnosticados de CB, la cuarta parte son mujeres. La edad de aparición es más temprana y el porcentaje de debut antes de los 50 años es mayor. El c. epidermoide es el más frecuente en hombres y el adenocarcinoma en mujeres, aumentando a lo largo del tiempo. En las mujeres, la enfermedad parece ser más agresiva en su debut a nivel pleural, aunque el estadio al diagnóstico es menos avanzado.

## ADHERENCIA Y CONTROL DEL ASMA MODERADO MEDIANTE UNA DOSIS ÚNICA DE UNA COMBINACIÓN DE INDACATEROL/FUROATO DE MOMETASONA EN POLVO SECO

Hernández Padilla, M.; Boira Enrique, I.; Maestre Puerto, L..; Pulido Sánchez, A.; Esteban Ronda, V.; Dorgham Hatoum, A.; Castelló Faus, C.; Senent Español, C.; Torba Kordyukova, A.; Chiner Vives, E.; Pastor Esplá, E. Hospital Universitario San Juan. Alicante

#### Objetivos

Evaluar la mejoria en la adherencia y grado de control del asma moderado mediante una combinación de indacaterol/furoato de mometasona en polvo seco.

#### Metodología

Estudio observacional y prospectivo que incluye pacientes asmáticos mal controlados en tratamiento con una combinación de indacaterol y furoato de mometasona 125/127µg en un dispositivo en polvo seco (Bemrist®), tras una exacerbación grave con ingreso hospitalario. El tratamiento previo de los pacientes incluía B2-adrenérgicos a demanda con/sin otra combinación

LABA/corticoide inhalado. Tras adiestramiento previo por parte de enfermería, se analizaron los cambios, al inicio y a los 6 meses en el cumplimiento (TAI), síntomas, función pulmonar y control del asma (ACT, ACQ, escala visual analógica (VAS)) con registro de las preferencias de dispositivo.

#### Resultados

Se analizaron 50 pacientes, 32 mujeres (64%), con una edad media de  $56\pm17$  años, con IMC  $28,3\pm6$  kg/m2 . Comparando basal y tras tratamiento se observaron diferencias significativas con mejoría a los 6 meses en FEV1 (83 $\pm19$  vs  $90\pm18,7$ , p<0.001), FVC (92,3 $\pm16,1$  vs  $95\pm15,6$ , p<0.05), ACT (14,4 $\pm2,55$  vs  $21,26\pm2,6$ , p<0.001), ACQ (2,9 $\pm0,7$  vs  $1,4\pm0,6$ , p<0.001) y VAS (6,5 $\pm1,4$  vs  $2,6\pm0,9$ , p<0.001). Respecto al TAI, hubo diferencias significativas en la puntuación total (43 $\pm3$  vs  $49\pm2$ , p<0.001), incumplimiento errático (96% vs 52%, p<0.001), incumplimiento deliberado (96% vs 32%, p<0.001), incumplimiento inconsciente (80% vs 28%, p<0.001) presentando mayor grado de adherencia. El 50% de los pacientes refirieron preferencia alta respecto al inhalador previo y el 48% preferencia media.

#### Conclusiones

Bemrist es un tratamiento de mantenimiento eficaz en asma moderado mal controlado, mejorando significativamente la función pulmonar, el control del asma y el grado de adherencia al tratamiento al disminuir el incumplimiento errático, deliberado e inconsciente.

## ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS A SUPERVIVENCIA A LOS DOS AÑOS EN FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

Gayá García-Manso, I. (1); García Sevila, R. (1); Arenas Jiménez, J. J. (1); Nofuentes Pérez, E. (1); Ruiz Alcaraz, S. (2); García Garrigós, E. (1); Hernandez Blasco, L. (1)

(1) Hospital Universitario Dr. Balmis. Alicante, (2) Hospital General Universitario de Elche

Palabras clave: Fibrosis pulmonar idiopática, Enfermedades intersticiales difusas

#### Objetivos

Analizar los factores asociados a la supervivencia a los dos años en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI) en función de los hallazgos clínicos, funcionales y radiológicos al diagnóstico.

#### Metodología

Se incluyeron 146 pacientes diagnosticados de FPI en nuestro centro entre 2010 y 2019 con dos años de seguimiento o que fallecieron en ese periodo de tiempo. Se recogieron datos clínicos, funcionales y se revisaron las imágenes del TCAR al diagnóstico por dos radiólogos torácicos. Se utilizó el programa SPSS v.19 para el análisis estadístico, con comparación entre las características clínicas, funcionales y radiológicas entre los supervivientes y los que fallecieron en ese periodo de seguimiento, y se realizó una regresión de Cox.

#### Resultados

De los 146 pacientes, 43 (29.5%) fallecieron durante los 2 años de seguimiento. La edad media al diagnóstico fue de 71.2±10.6 años, con predominio masculino (110, 75.3%). El patrón radiológico más frecuente fue el de neumonía intersticial usual (NIU) (82, 56.2%), seguido de probable NIU (28, 19.2%), indeterminado (19, 13.0%) y no NIU (17, 11.6%). En la regresión de Cox para la supervivencia a los 2 años, el tratamiento antifibrótico, la mejor función pulmonar (FVC, FEV1, DLCO, distancia caminada TM6M) y el menor grado de bronquiectasias fueron factores protectores. La panalización y la mayor extensión global de la fibrosis fueron predictores de mortalidad. El patrón radiológico de NIU se asoció a mayor mortalidad a los 2 años que el de probable NIU. Las diferencias se mantuvieron tras ajustar por edad y sexo. Las curvas de supervivencia mostraron diferencias significativas en función del patrón radiológico, la panalización y si habían recibido tratamiento antifibrótico.

#### Conclusiones

En nuestra serie, el tratamiento antifibrótico, la mejor función pulmonar y el menor grado de bronquiectasias fueron factores protectores. La presencia de panal, la mayor extensión de la fibrosis y el patrón de NIU se asociaron a mayor mortalidad a los 2 años.

## ANÁLISIS DE MARCADORES PROFIBRÓTICOS EN PACIENTES CON SECUELAS PULMONARES TRAS INFECCIÓN POR SARS-COV-2

Perez Perez, J. L.; Rodriguez Galán, I.; Ruiz Torregrosa, P.; García Sevila, R. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante

Palabras clave: FIBROSIS, SARS-CoV2, BIOMARCADOR, MUTACIÓN

#### Objetivos

Evaluar la relación entre diferentes biomarcadores plasmáticos y las características de pacientes con secuelas pulmonares tras infección por SARS-CoV-2

#### Metodología

Estudio observacional prospectivo de pacientes que sobrevivieron a una neumonía por SARS-CoV-2 entre febrero y junio de 2020 en el HGU Dr. Balmis. Se evaluó a los pacientes 10-14 semanas tras el alta hospitalaria y se recogieron datos demográficos, analíticos, radiológicos y espirométricos. Se determinaron los niveles plasmáticos de KL-6, MMP1 y 82 polimorfismos de genes relacionados con la fibrogénesis (CSF2RA, CSF2RB, HMGB1, MUC5AC, MUC5B, SFTPA1, SFTPA2, SFTPB, SFTPC, SFTPD, TERF1, TERT, TLR1, TLR3, TLR5, TLR7, TLR8 y TLR10.

#### Resultados

Se evaluaron 65 pacientes. Las características demográficas, síntomas, espirometría y radiología se muestran en las tablas 1 y 2. Las alteraciones más frecuentes en la TC fueron las opacidades en vidrio deslustrado, presentes en el 90% de los casos. No obstante, su extensión fue leve en la mayoría de ellos (63,3%). La distribución fue periférica y en las zonas medias e inferiores. Se determinaron concentraciones plasmáticas de MMP1 y KL-6. Se detectó una tendencia a niveles más elevados de KL-6, con una media de 419.1 ± 252.0 U/ml en el grupo de pacientes con alteraciones, frente 332.2 ± 214.3 U/ml en el grupo sin alteraciones (p = 0.076), sin poder demostrar tampoco diferencias estadísticamente significativas en la determinación de MMP1 (p = 0.908). La mutación en heterocigosis del polimorfismo rs28713332 del gen CSF2RA fue significativamente mayor en el grupo con secuelas pulmonares (p = 0.017). En los genes HMB1 (rs9551926) y TLR (LIG X) (rs59344056) se detectó una tendencia a tener el polimorfismo mutado tanto en heterocigosis como en homocigosis con p= 0,090 y p= 0,060 respectivamente.

#### Conclusiones

Las secuelas pulmonares por COVID-19 son poco frecuentes y leves.

El biomarcador sérico KL-6 podría relacionarse con una mayor probabilidad a desarrollar alteraciones radiológicas irreversibles.

Las mutaciones del polimorfismo rs2871332 del gen CSF2RA se ha asociado a alteraciones radiológicas post COVID-19. Son necesarios más estudios para contrastar este hallazgo.

#### Referencias

- <sup>1</sup> PENG DH, LUO Y, HUANG LJ, LIAO FL, LIU YY, TANG P, ET AL. Correlation of Krebs von den Lungen-6 and fibronectin with pulmonary fibrosis in coronavirus disease 2019. Clin Chim Acta. junio de 2021;517:48-53.
- <sup>2</sup> VAN MOORSEL CHM, VAN DER VIS JJ, DUCKWORTH A, SCOTTON CJ, BENSCHOP C, ELLINGHAUS D, ET AL. The MUC5B Promoter Polymorphism Associates With Severe COVID-19 in the European Population. Front Med (Lausanne). 23 de noviembre de 2021;8:668024.

## IMPACTO PRONÓSTICO DE LA CALCIFICACIÓN DE ARTERIAS CORONARIAS (CAC) EN EL SÍNDROME DE AGUDIZACIÓN DE LA EPOC (SAE)

Alonso Tomás, L.; Miralles Saavedra, C.; Solé Delgado, M.; Villagrasa Guarch, M.; Nieto Cabrero, M. L.; Soler Cataluña, J. J. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

#### Objetivos

La detección de CAC en la tomografía computerizada (TC) torácica se ha asociado a un mayor riesgo de muerte en pacientes con EPOC estable. Sin embargo, se desconoce si este riesgo se mantiene o incrementa durante la agudización. El objetivo de este estudio fue estudiar el impacto de la CAC, detectada mediante TC, en la supervivencia de pacientes ingresados por SAE.

#### Metodología

Estudio observacional prospectivo con seguimiento longitudinal. Se incluyeron pacientes mayores de 40 años, con diagnóstico de EPOC (tabaquismo>10 años-paquete, FEVI/FVC<0.7) que precisaron ingreso hospitalario por SAE. Se excluyeron los casos con cáncer activo. En todos los casos se realizó TC torácico en fase aguda y se determinó, entre otros biomarcadores, la troponina T (TnT). Se realizó un análisis de supervivencia ajustado (regresión logística de Cox).

#### Resultados

Se incluyeron 146 pacientes, 28 (19,2%) mujeres y 118 (80,8%) hombres, con una edad media±DE: 71±8 años y un FEV1(%) de 50±18%. La presencia de CAC se observó en 54 (37%) casos, 27 de los cuales también tenían la TnT elevada (>14 ng/L). Frente a los casos sin CAC, los pacientes con CAC presentaban más edad (73±8 vs 69±9, p=0,009), mayor prevalencia de dislipemia (50% vs 27,2%, p=0,005), diabetes (40,7% vs 23,9%) y cardiopatía isquémica conocida, aunque esta únicamente se detectó en el 24,1% de los casos. El tratamiento cardiovascular previo fue escaso y similar en ambos grupos. El grupo de pacientes con CAC y TnT elevada presentó un incremento de la mortalidad por todas las causas, que fue significativo e independiente de otras variables de confusión (HR: 1.98, IC95%: 1.01 – 3,90) (figura 1)

#### Conclusión

En pacientes que sufren un SAE, la presencia de calcio coronario y TnT elevada dobla el riesgo de muerte por todas las causas.

#### IMPACTO DE LAS DIFERENTES FASES DE LA PANDEMIA POR SARS-COV2 EN EL CONTROL CLÍNICO DEL PACIENTE CON EPOC

Solé Delgado, M.; Alonso Tomás, L.; Villagrasa Guarch, M.; Álamo Pardo, A.; Sevillano Folgado, L.; Soler Cataluña, J. J. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

Palabras clave: EPOC, síndrome de agudización de la EPOC EPOC estable Chronic obstructive pulmonary disease COVID-19 Treatment Diagnosis

#### Objetivo

La pandemia por SARS-CoV2 ha impactado de forma notable en los pacientes y su asistencia. El objetivo principal del estudio ha sido conocer la influencia de las diferentes fases de la pandemia por COVID-19 en el control del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Como objetivos secundarios se evalúa la repercusión sobre el impacto clínico y la estabilidad.

#### Material y métodos

Estudio observacional sobre una cohorte de pacientes seguidos en una consulta monográfica de EPOC, evaluados en 3 momentos diferentes de la pandemia por SARS-CoV-2 [prepandemia, pandemia, postpandemia]. Se incluyen pacientes con EPOC (tabaquismo>10 años-paquete, FEV1/FVC<0.7). Se definió control cuando el paciente presentaba bajo impacto clínico y estabilidad, de acuerdo con los criterios diagnósticos propuestos por GesEPOC. Se considera período prepandémico antes del 01/03/2020, pandémico, del 01/03/2020 hasta el 30/06/2021 y post-pandémico, a partir de esa fecha.

#### Resultados

Se incluyen un total de 272 pacientes en diferentes momentos evolutivos (15.4% mujeres y 84.6% hombres) con edad media de 71±10 años y FEV1(%) medio del 47±19%, evaluados en diferentes momentos. Durante la prepandemia se evaluaron 180 pacientes, 80 (49,4%) de los cuales estaban controlados. Durante la pandemia el control disminuyó al 42,4% (n=132) de forma no significativa (p=0.34), siendo todavía más bajo en la fase posterior (38,0%, n=142). El impacto clínico empeoró durante la pandemia (p=0.021), sin recuperación posterior (Bajo impacto en el 65.6%, 54.6% y 55.3%, respectivamente). La estabilidad, determinada especialmente por las agudizaciones mejoró durante la pandemia (p<0.001) (39.4, 74,2%, 56,3%, respectivamente). Los pacientes con visita telefónica mostraron un nivel más alto de control, en cualquier de los tres periodos evaluados, aunque únicamente fue significativamente mejor en la fase prepandémica (p<0.05).

#### Conclusiones

El control de la EPOC no se modificó sustancialmente durante la pandemia. Sin embargo, si se detecta un empeoramiento del impacto clínico, contrarrestado por una mejoría en la estabilidad, fundamentalmente por reducirse las agudizaciones. Los pacientes atendidos de forma telefónica tienen mejor control.

#### Referencias

- <sup>1</sup>J.J. SOLER-CATALUÑ A, P. PIÑ ERA, J.A. TRIGUEROS ET AL., Actualización 2021 de la guía españ ola de la EPOC (GesEPOC). Diagnóstico y tratamiento del síndrome de agudización de la EPOC, Archivos de Bronconeumología, https://doi.org/10.1016/j.arbres.2021.05.011
- <sup>2</sup> M. MIRAVITLLES, M. CALLE, J. MOLINA ET AL., Actualización 2021 de la Guía Españ ola de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable, Archivos de Bronconeumología, https://doi.org/10.1016/j.arbres.2021.03.005
- <sup>3</sup> HALPIN, DAVID M.G. CRINER, GERARD J.; PAPI, ALBERTO; SINGH, DAVE; ANZUETO, ANTONIO; MARTINEZ, FERNANDO J.; AGUSTI, ALVAR A.; VOGELMEIER, CLAUS F (2020). Global Initiative for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease: The 2020 GOLD Science Committee Report on COVID-19 & COPD. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, (), rccm.202009-3533SO-. doi:10.1164/rccm.202009-3533SO

#### LA COMORBILIDAD MENTAL EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ASMA

Fernández Aracil, M. C.; Zamora Muñoz, M. J. (1); Gregori Matos, F. (2); Rodriguez Aguilar, M. (2); León Ramirez, J. M. (3); Garcia Rodenas, M. (3)

(1) Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante, (2) Universidad Miguel Hernández de Elche. Alicante, (3) Hospital General Universitario de Alicante

El tratamiento de las comorbilidades es un pilar fundamental en el abordaje del asma grave

#### Objetivos

Analizar las características de la comorbilidad psicológica en una serie de pacientes con asma grave

#### Metodología

Estudio descriptivo de la valoración sistemática inicial realizada por una psicóloga formada en asma, adscrita a la Unidad especializada de asma del HGUA.

#### Resultados

Desde octubre de 2020 han aceptado someterse a valoración psicológica 70 pacientes, 55 (79%) mujeres, con una edad media de 55±13 años (23-78). El 80% (56 pacientes) vivían en familia. Tenían estudios primarios o secundarios 48 pacientes (70%) y estudios superiores 17 (24%). Cuatro (6%) no tenían ningún tipo de formación. En activo había 20 pacientes (29%), jubilados 17 (24%), de baja / invalidez 16 (22%), en paro 10 (14%) y ama de casa 6 (9%). Estaban con tratamiento ansiolitico crónico 37 (53%), antidepresivo 26 (37%) y antipsicótico 4 (6%). Habían sido valorados por este motivo por atención primaria 30 (43%), por psicología 4 (6%) y por psiquiatría 11 (15%). Catalogados de fibromialgia 15 (21%). La frecuencia de situaciones vitales traumáticas más importantes fueron: conflictos familiares graves 45 (64%), crisis económica 32 (46%), conflictos laborales graves 27 (39%), maltrato 26 (37%) y abuso sexual 12 (17%).

#### Conclusiones

Aunque casi la totalidad de los pacientes con asma grave consume tratamiento ansiolítico y/o antidepresivo y un porcentaje importante presenta algún traumatismo vital de suficiente entidad como para necesitar asistencia especializada, solo una pequeña minoría ha sido valorada por una Unidad de Salud Mental. El aspecto psicoemocional de los pacientes no se aborda de forma adecuada en las Unidades de Asma.

#### ACTIVIDAD ASISTENCIAL GENERADA DURANTE EL 2022 EN UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA DOMICILIARIA

Balaguer Cartagena, M. N.; Beauperthuy Levy, T.; Bekki, A.; León Fábregas, M.; Domènech Clar, R. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

#### Objetivo

Evaluar la actividad asistencial e ingresos generados en la Unidad de Hospitalización a Domicilio (HaD) de un programa de gestión de ventilación mecánica no invasiva domiciliaria (VMNID) durante el año 2022.

#### Metodología

Desde el 2004 llevamos a cabo un programa de Gestión de VMNID. Se incluyen pacientes con alteración ventilatoria restrictiva y con enfermedades neuromusculares pertenecientes a nuestra área de salud. Los pacientes estables se adaptan siempre en domicilio y las revisiones se efectúan en consultas externas de VMNID si presentan un Índice de Barthel >60, pero recurren a la HaD en agudizaciones para evitar el ingreso hospitalario.

#### Resultados

El número total de pacientes visitados durante el 2022 fué de 114. De los cuales 29 son seguidos exclusivamente en el domicilio. Con un total de 89 visitas programadas por parte de enfermería y de 66 por parte del equipo médico, 6 fueron visitas urgentes, 2 de ellas derivadas a urgencias hospitalarias.

Se iniciaron y adaptaron a VMNID 41 pacientes (23V, 18M), con un rango de edad entre 15-88 años, de los cuales 11 EPOC, 11 ELA, 7 síndrome obesidad0hipoventilación, 6 enfermedades restrictivas, 1 trasplante bipulmonar y resto otros neuromusculares.

24 pacientes ingresaron en HaD durante este 2022 por agudización evitando ingreso hospitalario, con una estancia media de 9 días. Ocasionando 133 visitas de enfermería y 77 médicas.

Se han realizado un total de 54 gasometrias arteriales, 30 pulsioximetrias, 28 capnografias y 9 adaptaciones a cought assist.

18 pacientes fueron exitus durante este año, 5 eran seguidos exclusivamente en domicilio y fallecieron en el mismo con cuidados paliativos.

#### Conclusiones

La VMNID es una actividad especializada que genera una importante carga asistencial domiciliaria, evitando ingresos hospitalarios, tanto para la adaptación a la ventilación como en el seguimiento de los mismos

## ANÁLISIS DEL FENOTIPO/GENOTIPO DE ALFA-1-ANTITRIPSINA EN PACIENTES CON VALORES ENTRE 90 Y 116 MG/DL. RESULTADOS PRELIMINARES

Gimenez Suau, M.; Nofuentes Pérez, E.; Torres Sánchez, A.; Pascual Lledó, J. F.

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL). Alicante,

Palabras clave: Déficit A1AT

#### Introducción

El valor normal de alfa-1-antitripsina (A1AT) en el laboratorio de nuestro centro es ≥90 mg/dl. Se ha descrito que también son susceptibles de estudio genético (fenotipo/genotipo) los sujetos con valores <116 mg/dl.

El objetivo del estudio es conocer las variaciones genéticas de AIAT en pacientes que acuden a una consulta de neumología que tienen valores de AIAT entre 90 y 116 mg/dl y evaluar un posible punto de corte discriminativo de AIAT en nuestro medio.

#### Material y métodos

Desde septiembre de 2021, se han incluido todos los pacientes que acudieron a la consulta de neumología de nuestro Centro de Especialidades Babel, en Alicante, para valoración de EPOC, asma o tos crónica y con valores de A1AT entre 90 y 116 mg/dl. La determinación de A1AT se llevó a cabo en situación clínica estable en todos los casos, valorada por ausencia de datos clínicos de agudización y presencia de proteína C reactiva normal. Se determinó el genotipo/fenotipo de A1AT, con determinación únicamente de los genes M, S y Z. Se realiza un análisis descriptivo de los hallazgos y una estimación de un punto de corte óptimo en nuestro medio para discriminar entre sujetos con y sin alteraciones genéticas. El análisis estadístico se llevó a cabo con SPSS v.22, Stata 17, y Epidat 3.1. Se consideró significación estadística p<0,05.

#### Resultados

Se incluyeron 31 pacientes (11 varones, 35,5%; 20 mujeres, 64,5%), de edad media 60,3 (9,0) (36-77)\* años. El valor medio de A1AT fue 106 (7) (92-115) mg/dl, sin diferencias entre sexos. El 41,9% (13 sujetos) (IC95%\*\*: 24,5 a 60,9%) presentó variantes genéticas de A1AT, con los siguientes fenotipos: 9 casos (29,0%) MS, 3 casos (9,7%) SS y 1 caso (3,2%) MZ. La media de A1AT fue más baja en los sujetos con alteraciones genéticas (tabla la y figura 1a). El análisis de diferentes puntos de corte mostró que el valor de <106 mg/dl, fue el que mejor discriminó entre sujetos con y sin alteraciones genéticas de A1AT (tabla 1b y figura 1b).

- \* Los valores se muestran como media (desviación estándar) (rango).
- \*\* IC95: Intervalo de confianza al 95%.

#### Conclusiones

Un porcentaje elevado de los pacientes con valores normales de A1AT pero inferiores a 116 mg/dl presentan variaciones genéticas. La variación genética más frecuente encontrada fue el fenotipo MS. Un posible punto de corte para el estudio genético de A1AT en sujetos con valores normales en nuestro medio podría ser de <106 mg/dl.

#### Referencias

- <sup>1</sup> MIRAVITLLES M, DIRKSEN A, FERRAROTTI I, KOBLIZEK V, LANGE P, MAHADEVA R, ET AL. European Respiratory Society statement: diagnosis and treatment of pulmonary disease in a 1-antitrypsin deficiency. 2017; Disponible en: http://dx.doi.org/10.1183/13993003.00610-2017
- <sup>2</sup> BARRECHEGURENA M, TORRES-DURANC M, CASAS-MALDONADO F, MIRAVITLLES M. Spanish Implementation of the New International Alpha-1 Anitrypsin Deficiency International Registry: The European Alpha-1 Research Collaboration (EARCO). 2021;57:81-2.
- <sup>3</sup> STRNAD P, G. McElvaney N, A. Lomas D. Alpha 1 -Antitrypsin Deficiency. N Engl J Med. 2020;

## DESATURACIÓN EN LA FLEXIÓN ANTERIOR EN SEDESTACIÓN EN PACIENTES RESPIRATORIOS. ESTUDIO EXPLORATORIO

Galán Negrillo, M.; Vidal Egea, C.; Guillén Miralles, M. A.; Soler Sempere, M. J.; Grau Delgado, J. J.; García Pachón, E. Hospital General Universitario de Elche

#### Introducción

La desaturación de oxihemoglobina (> 3%) al adoptar la postura de flexión anterior del tórax en sedestación es un índice muy útil para predecir el empeoramiento clínico en pacientes con insuficiencia cardíaca (Eur J Heart Fail. 2022;24(11):2108-2117). Se ha realizado un estudio exploratorio para evaluar si en pacientes respiratorios se produce desaturación al adoptar la flexión anterior y analizar a qué características se asocia.

#### Metodología

Se han incluido 28 pacientes consecutivos (11 mujeres) a los que se les iba a realizar una exploración funcional respiratoria (espirometría, transferencia de CO y test de la marcha de 6 minutos, TM6M). Ningún paciente tenía insuficiencia cardíaca. Se determinaba la saturación de O2Hb mediante pulsioximetría en sedestación y tras 30 segundos en flexión anterior (con los dedos tocando el calzado) y se estableció la desaturación > 3% como punto de corte. Se consideraba bendopnea si aparecía disnea en esta postura antes de los 30 segundos.

#### Resultados

Se observó desaturación en 10 pacientes (6 EPID, 3 EPOC, 1 bronquiectasias), uno con bendopnea. No diferían de los pacientes sin desaturación en grupos diagnósticos, género, edad o función pulmonar. Los pacientes con desaturación en la flexión anterior sí presentaban mayor índice de masa corporal (IMC, 30 vs. 26, p=0,003) y mayor aumento de la frecuencia cardíaca (FC) en el TM6M (36 vs. 25; p=0,03).

#### Conclusiones

El 36% de los pacientes respiratorios presentaban desaturación durante la flexión anterior, asociada a mayor IMC y mayor aumento de la FC con el esfuerzo; y solo uno de los 28 pacientes refirió bendopnea. Los datos iniciales parecen indicar que la desaturación no depende del tipo de patología de base ni de la función pulmonar. La desaturación en la flexión anterior no se relaciona con la que se produce durante el esfuerzo, por lo que puede aportar información adicional al estudio habitual en los pacientes respiratorios y parece justificado explorar esta posibilidad.

### REDUCCIÓN DE INGRESOS POR ASMA Y EPOC EN LA COMUNITAT VALENCIANA POR LA PANDEMIA COVID-19

Galán Negrillo, M.; Baeza Martinez, C.; Zamora Molina, L.; Ruíz Alcaraz, S.; Padilla Navas, I.; García Pachón, E. Hospital General Universitario de Elche

#### Introducción

Se ha descrito que, durante el año 2020 y en relación con el inicio de la pandemia Covid-19, se produjo una reducción significativa de ingresos de pacientes con asma y con EPOC. Este descenso podría atribuirse a las medidas de prevención y a la disminución de los niveles de contaminación ambiental. El objetivo del estudio ha sido analizar si se produjo esta reducción de ingresos por asma y EPOC en la Comunitat Valenciana y cuantificar su intensidad.

#### Metodología

Se han obtenido los datos de altas hospitalarias por asma y EPOC (como diagnóstico principal) durante los años 2016 a 2020 correspondientes a la Comunitat Valenciana de la base de datos del Ministerio de Sanidad (Conjunto Mínimo Básico de Datos, CMBD, https://icmbd.sanidad.gob.es/icmbd/). Se ha analizado el promedio de ingresos de los 4 años inmediatamente anteriores a 2020, para cada una de estas enfermedades y para cada provincia de la Comunitat Valenciana, y se ha comparado con los datos de 2020.

#### Resultados

De 2016 a 2019 se produjeron (media ± desviación estándar) 1330 ± 98 ingresos anuales por asma y 7440 ± 239 ingresos anuales por EPOC. En 2020 ingresaron 846 pacientes con asma y 4737 pacientes con EPOC (36% de disminución en ambos casos). La reducción de ingresos se produjo en las tres provincias tanto en asma (Valencia 38%, Alicante 37% y Castellón 30%) como en EPOC (disminución del 37%, 33% y 42% respectivamente)

#### Conclusiones

En 2020 se produjo una reducción de más de un tercio de ingresos por asma y EPOC en las tres provincias de la Comunitat Valenciana. Esta información podría ser de utilidad para la propuesta de medidas sociales y ambientales encaminadas a disminuir el riesgo de ingreso de los pacientes con asma y EPOC.

### NEUMONITIS POR HEPERSENSIBILIDAD: DIFERENCIAS ENTRE FIBRÓTICA Y NO FIBRÓTICA

Gómez Román, M.; Pérez Amorós, J.; Pérez Pérez, J. L.; Nofuentes Pérez, E.; González Moreno, M.; Gayá García-Manso, I.; Gil Carbonell, J.; Arenas Jiménez, J.; García Sevila, R.

Hospital General Universitario Dr. Balmis, ISABIAL. Alicante

#### Introducción

La neumonitis por hipersensibilidad (NH) ha sido clasificada tradicionalmente de forma arbitraria en aguda, subaguda y crónica. Dada la importancia de la presencia histológica o radiológica de fibrosis para el pronóstico, las nuevas guias se inclinan por clasificar la NH en fibrótica (NHF) y no fibrótica (NHNF). El objetivo de nuestro estudio fue comparar las caracteristicas de las NH diagnosticadas en nuestro centro según esta clasificación.

#### Material y métodos

Se realizó un análisis descriptivo de pacientes con diagnóstico de NH en nuestro hospital desde enero de 2010 hasta septiembre de 2022, comparando las características entre la NHF y la NHNF. El análisis estadístico se llevó a cabo con SPSS v.25. Se consideró significación estadística p < 0,05.

#### Resultados

Se incluyeron 44 pacientes (24 NHF y 20 NHNF). En ambos grupos predominaron mujeres. La edad al diagnóstico fue significativamente mayor en NHF. La historia previa de tabaquismo fue más frecuente en NHF. No hubo diferencias en la sintomatologia de tos y disnea entre los dos grupos. El tiempo con sintomas previo al diagnóstico fue mayor en NHF. La FVC fue similar en ambos grupos y la DLCO fue mayor en NHF. La desaturación en el test de la marcha fue el hallazgo más frecuente. Respecto al lavado broncoalveolar (LBA), los pacientes con NHNF presentaron mayor proporción de linfocitos. Las precipitinas fueron positivas en mayor porcentaje de pacientes con NHNF. Se realizaron 5 biopsias quirúrgicas (20,8%) y 4 transbronquiales (16,7%) en NHF frente 4 biopsias quirúrgicas (20,0%), 7 transbronquiales (35,0%) y 1 criobiopsia (5,0%) en NHNF. Se describió un patrón compatible con microgranulomas en 2 pacientes con NHF (8,3%) y en 7 pacientes con NHNF (35%). Respecto al tratamiento, 5 pacientes con NHF fueron tratados con antifibróticos (20,8%). Fallecieron 9 sujetos con NHF, de los cuales 5 fueron por causa neumológica (55,6%) frente a 4 fallecidos en NHNF, sólo 1 por causa neumológica (25,0%), sin encontrar diferencias significativas. La mediana de supervivencia fue en NHF de 64,5 (29,3-102,5) frente 64,0 (23,3-107,0) meses en NHNF, sin observar diferencias significativas en la curva de supervivencia (tabla 1 y figura 1).

#### Conclusiones

Se objetivaron diferencias estadisticamente significativas en cuanto a la edad media al diagnóstico, superior en pacientes con NHF. No se han podido demostrar diferencias en la función pulmonar, la linfocitosis en el LBA o la mediana de supervivencia.

#### Referencias

<sup>1</sup> RAGHU G, REMY-JARDIN M, RYERSON CJ, MYERS JL, KREUTER M, VASAKOVA M, ET AL. Diagnosis of hypersensitivity pneumonitis in adults: an official ATS/JRS/ALAT clinical practice guideline. Am J Respir Crit Care Med 2020; 202: e36-e69.

## NEUMONÍA ORGANIZATIVA FIBRINOSA AGUDA: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

Gonzalez Moreno, M.; Perez Perez, J. L.; Garcia Sevila, R.; Gayá García-Manso, I.; Nofuentes Perez, E. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Valencia

Palabras clave: neumonía organizada, fibrosis pulmonar

#### Objetivos

La neumonía organizativa fibrinosa aguda es un patrón poco frecuente de neumonía intersticial. Es más frecuente en varones en la sexta década de la vida y, aunque puede ser idiopática, se asocia a infecciones (como SARS-Cov-2), fármacos, neoplasias o enfermedades autoinmunes. Nuestro objetivo ha sido conocer el número de pacientes con esta patología en nuestra área de salud, cuántas de ellas se asocian a infección por SARS-Cov-2y su respuesta al tratamiento.

#### Metodología

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes del HGU Dr. Balmis con diagnóstico histológico de NOFA procedentes del servicio de Neumología desde el año 2010 hasta la actualidad y de un estudio de biopsias pulmonares post mortem de pacientes fallecidos por neumonía bilateral por SARS-Cov-2 en 2020 y 2021. Se recogieron de la historia clínica datos demográficos, analíticos, radiológicos y su evolución. Se empleó el programa SPSS v.24 para el análisis estadístico.

#### Resultado

Se alcanzó el diagnóstico de NOFA en 16 pacientes, 6 del servicio de Neumología y 10 de fallecidos con neumonía por SARS-Cov-2. Los pacientes diagnosticados en Neumología presentaron en el TCAR infiltrados pulmonares bilaterales parcheados y elevación de reactantes de fase aguda. En 5 casos el diagnóstico histológico se realizó con biopsia transbronquial y 1 por biopsia percutánea guiada por ecografía. La causa más frecuente fue idiopática (4 casos), 1 infecciosa (Pneumocystis Jirovecci) y 1 farmacológica (Pembrolizumab). Todos fueron tratados con CE intravenoso 1 mg/kg con posterior pauta descendente, con mejoría clínica progresiva y desaparición de los infiltrados pulmonares, sin detectarse recaídas en ninguno. Por otra parte, se evidenciaron focos de NOFA en 10 de 62 biopsias percutáneas ciegas post mortem (16,1%) de un estudio realizado en nuestro hospital con pacientes fallecidos por infección por SARS-Cov-2. Todos presentaron infiltrados pulmonares bilaterales y recibieron tratamiento con CE a dosis altas, falleciendo por insuficiencia respiratoria aguda que se relacionó con daño alveolar difuso (DAD).

#### Conclusiones

En los pacientes diagnosticados en Neumología la respuesta al tratamiento esteroideo y la evolución fue satisfactoria. La NOFA fue frecuente en la serie de biopsias percutáneas post mortem de pacientes con neumonía por SARS-Cov-2, si bien solo presentaban focos aislados de NOFA y la muerte se relacionó con el DAD.

#### Referencias

ORGANIZING PNEUMONIA. JJ Arenas-Jimenez, E Garcia-Garrigos, A Ureña Vacas et al. DOI: 10.1097/01.JAA.0000918776.59717.eb

<sup>2</sup> A REVIEW OF ORGANIZING PNEUMONIA. KETCHERSID, KIMBERLEE MMSC, PA-C. DOI: 10.1097/01.JAA.0000918776.59717.eb

### QUE RASGO TRATABLES INTERVIENEN EN EL GRADO DE CONTROL EN PACIENTES EPOC DE ALTO RIESGO.

Correa Lozano, N. A.; Verdejo Mengual, E.; Fernández Fabrellas, E. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

#### Introducción

En la EPOC, uno de los objetivos es la reducir el riesgo. Los pacientes no controlados tienen mayor riesgo de agudización y peor calidad de vida. GesEPOC propone aplicar una escala diseñada y validada para evaluar el grado de control, que se consigue con una estabilidad y un bajo impacto clínico.

#### Material y método

Estudio prospectivo longitudinal desde Enero 2021 a Septiembre 2022 de una cohorte de pacientes EPOC de alto riesgo seguidos en la consulta monográfica. Se recogieron variables demográficas, fenotipos, exacerbaciones e ingresos en el último año, función pulmonar, rasgos tratables y comorbilidades asociadas a la EPOC. Análisis descriptivo y comparativo ANOVA, Chi cuadrado, u Mann-Whitney para muestras independientes.

#### Resultados

Analizamos 113 pacientes, 68.1% hombres, con una edad media de 65.38 ± 9.65 años y FEV1% medio

37.87 ± 12.62. El 40,7% eran fenotipo no agudizador y el 40,7% agudizador no eosinofílico, siendo el enfisema el rasgo tratable más frecuentemente encontrado (69%). El 70.8% de los pacientes no tenían control de la enfermedad porque el 60,2% tenía un alto impacto de síntomas. Las diferencias más importantes entre grupos de controlados y no controlados de la enfermedad se recogen en la tabla.

#### Conclusiones

- 1. En nuestra cohorte, los pacientes con mal control son fundamentalmente aquellos que tienen un mayor grado de obstrucción y de disnea.
- 2. No hemos encontrado diferencias significativas entre controlados y no controlados en cuanto a fenotipos y comorbilidades como sobrepeso y agudizaciones en el último año, pero sí en depresión.
- 3. Interesa un mejor control sintomático para conseguir un porcentaje mayor de pacientes controlados.

## ¿REQUIERE TRATAMIENTO TODA ENFERMEDAD PULMONAR POR MICOBACATERIAS NO TUBERCULOSAS (MNT)?

Parra Rodas, E.; Correa Lozano, N. A.; Aguilar, P.; Martinez Aracil, A.; Cervera Juan, A.; Fernández Fabrellas, E. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

#### Introducción

El creciente aislamiento de MNT en muestras respiratorias, es necesario determinar los factores que predisponen al desarrollo de enfermedad pulmonar por estos gérmenes y valorar la significación clínica que pueda orientar al momento de iniciar tratamiento de acuerdo a las recomendaciones de las sociedades científicas como ATS, BTS y SEPAR.

	Controlados	No controlados	р
Fenotipo no agudizador	54.5%	35%	0.21
Nº agudizaciones	33.4%	55%	0.107
disnea mMRC 0-2	63.6%	17.5%	< 0.001
FEV1 %	42.16±13	35.8±11.9	0,014
IMC > 25	60.6%	62.8%	0.96
Ansiedad	66.7%	48.8%	0.14
Depresión	9.1%	28.7%	0,013

#### Material y método

Estudio retrospectivo longitudinal desde enero del 2017 hasta septiembre del 2022, excluyendo el año del 2020-2021; de una cohorte de pacientes seguidos en el servicio de neumología con aislamientos de MNT en muestras respiratorias. Se midieron variables demográficas, factores de riesgo, extensión y manifestación Rx, variables funcionales, distintos tipos de tratamiento por comorbilidad asociada tal como corticoides sistémicos y/o inhalados, antibióticos para infección bronquial crónica por otros microorganismos, nº de exacerbaciones e ingresos en el último año y éxitus. Análisis descriptivo y comparativo ANOVA y Chi cuadrado. RESULTADOS Analizamos 76 pacientes, 55.3% hombres con una edad media de 72.58±13 años. Las bronquiectasias fue el

factor de riesgo más frecuente, 82.9% de los casos (n 63). La mayor proporción de aislamientos fueron en esputo (89.5%). La MNT con mayor nº de aislamientos fue M. intracellulare (34.2%), seguido de M. abscessus (18.4%) y M. chelonae (13.2%). Fueron tratados 19 pacientes (25%), 63.2% fueron mujeres y la forma Rx más frecuente fue nodular-bronquiectásica (73.7%). Las especies tratadas más frecuentes fueron M. intracellulare y M. abscessus ambas en 31.6%, seguidas M. avium (21.1%). Se comparan distintas variables entre quienes recibieron y no tratamiento para el aislamiento de MNT, encontrando las diferencias más importantes en la tabla

	Tratamiento para MNT (n 19)	Sin tratamiento para MNT (n 57)	p
Género (% mujeres)	63,2%	38,6%	0,05
Edad (años)	74.15±8.82	72.02±14.98	0.55
Bronquiectasias	89,5%	80,7%	0,31
Inmunodeficiencia 2ª	21,1%	15,8%	0,41
IMC < 20 Kg/m <sup>2</sup>	21 %	4%	0,01
FVC (%)	65	73	0.67
Criterios RX de MNT	94,7%	47,4%	<0,01
≥ 2 aislamientos en esputo MNT	73,7%	31.6%	0,003
Éxitus	42,1%	19,3%	0,04

Se ha conseguido la erradicación en 6 de los 19 pacientes tratados con una media de tratamiento 20±9.79 meses, suspendiéndose por intolerancia en 3 pacientes (15.8%).

#### Conclusiones

En nuestra cohorte la mayoría de pacientes con criterios microbiológicos y radiológicos compatibles con enfermedad pulmonar por MNT y que recibieron tratamiento fueron mujeres de bajo peso con bronquiectasias sin predominar ningún otro factor de riesgo respecto a los no tratados. El tratamiento fue bien tolerado pero solo conseguimos la erradicación en porcentaje bajo de los mismos. A pesar de no tratar a un alto porcentaje de casos con criterios para hacerlo la mortalidad en estos fue menor que en los tratados.

#### IMPACTO DE LA RESISTENCIA A MACRÓLIDOS EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON NEUMONÍA NEUMOCÓCICA BACTERIÉMICA POR SEROTIPOS DE ALTO RIESGO

Aguilar Peñaranda, P.; Martínez Aracil, A.; Correa Lozano, N.; Giménez Ruiz, P.; Sanz Herrero, F.; Fernández Fabrellas, E. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

#### Introducción

El Neumococo es el principal patógeno causante de la NAC. Existen ciertos serotipos de Neumococo que se asocian con mayor mortalidad en la neumonía neumocócica bacteriémica (NNB). Por otra parte, la adquisición de resistencia a macrólidos podría ser un factor que influyese en la evolución. Actualmente, se desconoce la influencia en el perfil de sensibilidad antibiótica en la evolución de aquellos serotipos que se asocian a mayor mortalidad. El objetivo de este estudio fue analizar el papel de la resistencia a macrólidos como factor de mal pronóstico en pacientes con NNB infectados por serotipos de neumococo de alto riesgo.

#### Método

Estudio descriptivo multicéntrico de pacientes ingresados por neumonía neumocócica bacteriémica. Se analizaron los datos clínicos, de laboratorio, la evolución durante el ingreso, el tratamiento y los resultados. Estratificamos los distintos serotipos de neumococo, en los que se incluían en serotipos de alto riesgo los siguientes: 3, 6ª, 6B, 9N, 19F, 19ª, 23F. Los datos se

analizaron mediante la prueba X2 y análisis multivariante.

#### Resultados

Se analizaron los datos de 859 pacientes con neumonía neumocócica bacteriémica, de los cuales, 291 (33'9%) pacientes estaban infectados Neumococo con serotipos de alto riesgo y 115 pacientes (13'4%) adquirieron resistencia a macrólidos. 126 pacientes (14'67%) fallecieron durante el ingreso.

Los pacientes que adquieren resistencia a macrólidos son pacientes que presentan más complicaciones sistémicas 56,5% [OR 1.6, (IC 95% 1.08-2.40); p=0.018] y mayor mortalidad intrahospitalaria 26,1% [OR 2.2, (IC 95% 1.43-3.67); p<0.001].

Por otra parte, los serotipos de alto riesgo se asocian significativamente con más resistencia a macrólidos 44,3% vs 31,7% [OR 1.7, (IC 95% 1.15-2.56); p=0.008], y a su vez, a mayor mortalidad 45,2% [OR 1.7, (IC 95% 1.2-2.58); p=0.004].

Sin embargo, al analizar los serotipos de alto riesgo, no se encontraron diferencias en la mortalidad en cuanto a la adquisición de resistencia o no a macrólidos (27.45% vs 18.6%; p=0.146).

#### Conclusión

En nuestra serie, los pacientes con neumonía neumocócica bacteriémica que presentan resistencia a macrólidos se asocian a peor evolución y mayor mortalidad. Sin embargo, cuando se analizan los serotipos de alto riesgo, la resistencia a macrólidos no influye en la mortalidad.

### FIBROSIS PULMONAR PROGRESIVA: EXPERIENCIA EN UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE EPID

Aguilar Peñaranda, P.; Martínez Aracil, A.; Correa Lozano, N.; Giménez Ruiz, P.; Sabater Abad, C.; Safont Muñoz, B.; Galera Lozano, E.; Navarro Iváñez, R.; Lluch Bisbal, A.; Fernández Fabrellas, E. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

#### Introducción

La reciente definición de EPID con características de fibrosante progresiva (FPP) nos impele a un nuevo abordaje de los pacientes EPID. Nos propusimos conocer cuántas de nuestras EPID cumplían criterios de FPP.

#### Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo incluyendo pacientes con EPID no FPI, y criterios de FPP (enero17-octubre22). Recogimos características clínico-radiológicas y funcionales de la EPID en el momento del diagnóstico así como criterios de FPP, aparición de HP y/o neoplasia en seguimiento, tratamiento y éxitus.

#### Resultados

El estudio incluía 267 pacientes, con diagnóstico de EPID-ETC (62 pac, 23,2%), NH (59 pac, 22%), Sarcoidosis (39 pac, 14,6%) y NINE idiopática (7 pac, 2,6%). 21 pacientes (7,8% del total) evolucionaron hacia FPP, cuyos diagnósticos más frecuentes eran NH (7 pac, 33,3%) y EPID-ETC (7 pac, 33,3%), siendo la más frecuente EPID-AR (4 pac). Características de FPP: 52,4% hombres, 42.9% nunca fumadores. Al diagnóstico, la mayoría tenían disnea (90,5%) y crepitantes en velcro (95,4%); 55% se estadificaron como GAP II y el patrón TCAR predominante fue NIU o probable NIU (71,4%). PFR: FVC% 67±19% y DLCO% 36±9%. T6MM 368±143 m, SpO2 inicial 95,6±2%, SpO2 final 85,7±6%. 9,5% tenían acropaquías, 23,8% síntomas osteoarticulares, 9,5% cutáneos y 4,8% oculares. Se realizó LBA en 66,7%, predominantemente de celularidad mixta (53,8%). Los criterios de FPP se evaluaron al año de seguimiento, mostrando más tos 52,4% y más disnea 90,5%; 90,5% empeoró su PFR con pérdida media de FVC% -9,8% y de DLCO% 2,9%; 95,2% empeoró los hallazgos de TCAR. Tenían HP al diagnóstico 21,1%, y 28,9% la desarrollaron en el seguimiento. En 2 casos se detectó afectación pulmonar metastásica.

El 85% recibieron tratamiento desde el diagnóstico de su EPID: 76,2% corticoides, 47,6% FAME y, durante el seguimiento, se añade antifibrótico al 50% de FPP (90% Nintedanib). Fallecieron 12 pacientes (57%), 5 de ellos por complicaciones infecciosas. A destacar que en 83,3% de exitus (12 pac) no se consideró la EPID como causa principal.

#### Conclusiones

- 1. En nuestra experiencia, menos del 10% de los pacientes pudieron ser catalogados de FPP en los últimos 5 años.
- 2. NH y EPI-ETC suponen dos tercios de nuestras FPP.
- 3. La mayoría de los fallecimientos no se consideraron directamente relacionados con la progresión, empeoramiento o complicaciones derivadas de la propia EPID.

## ESTATUS ANGIOGÉNICO EN PACIENTES CON TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA (THH). VALOR DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

Jaimes Diaz, S. V.; Juan Samper, G.; Escorihuela, E.; Calabuig, S.; Torres, S.; Rodríguez, R.; Valle Dávalos, P.; Salcedo Patrocinio, A.; Ramon Capilla, M.; Fernández-Fabrellas, E.; Prieto Colodrero, M. N.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Palabras clave: Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria, factores angiogénicos, marcador, diagnóstico

#### Objetivo

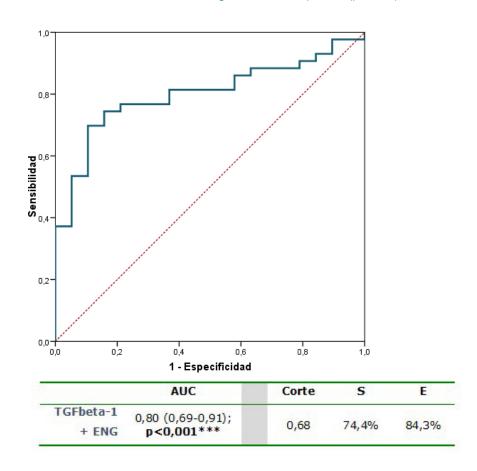
Analizar el valor diagnóstico y marcador de gravedad de los factores angiogénicos en pacientes con Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria.

#### Metodología

Estudio retrospectivo de 44 pacientes diagnosticados de THH por criterio clínico y/o genético y 19 controles en el Hospital General Universitario de Valencia. Los datos se obtuvieron de la historia clínica, entrevista presencial y obtención de muestras sanguíneas. Se cuantificó el grado de severidad de la epistaxis, diagnóstico genético y estudio protocolizado de cribado de afectación orgánica. Se analizaron los niveles de factores angiogénicos (VEGF-A, ENG, TGFβ-1 y ANG2), en controles y pacientes. Se utilizaron pruebas no paramétricas (correlación de Spearman) para analizar el grado de asociación lineal entre los valores de los marcadores y el grado de severidad de la enfermedad. Para discriminar pacientes de controles sanos, se analizan las curvas ROC para cada uno de los factores angiogénicos y combinaciones de los mismos, expresando el AUC, sensibilidad (S), especificidad (E) y punto de corte óptimo basado en la maximización del índice de Youden.

#### Resultados

Los niveles de TGF $\beta$ -1 y de ENG son los parámetros que muestran una capacidad discriminante de THH significativamente superior al azar y un modelo conjunto de ambos mejora su capacidad diagnóstica (AUC 0.80. p<0.001 S74.4% y E84.3%) y aumenta la especificidad de diagnóstico del subtipo THH1 (AUC 0.96 p<0.001 S 95%, E 100%). Para los pacientes THH2 no se ha encontrado ningún modelo que mejore el general para pacientes THH. En relación a la afectación orgánica, sólo TGF $\beta$ -1 muestra una tendencia cuando se mide su correlación con la gravedad de la epistaxis (p=0,097).



#### Conclusiones

- 1. Los marcadores angiogénicos muestran valor diagnóstico que puede ser de utilidad en casos que no se cumplan los criterios de Curação y/o tampoco tengan un diagnóstico genético definitivo.
- 2. También tienen capacidad discriminante del subtipo de mutación.
- 3. La combinación de criterios clínicos y marcadores puede, por tanto, ser un buen procedimiento diagnóstico si no se dispone de un diagnóstico genético concluyente.

#### Referencias

- <sup>1</sup> BOTELLA LM, ALBIÑANA V, OJEDA-FERNANDEZ L, ET AL. Research on potential biomarkers in hereditary hemorrhagic telangiectasia. Front Genet. 2015;6:115.
- <sup>2</sup> LETARTE M, McDonald ML, Li C, Kathirkamathamby K, Vera S, Pece-Barbara N, et al. Reduced endothelial secretion and plasma levels of transforming growth factor- betal in patients with hereditary hemorrhagic telangiectasia type 1. Cardiovasc Res. 2005;68(1):155–64.

#### PERFIL DE LOS PRIMEROS PACIENTES CON ASMA GRAVE TRATADOS CON DUPILUMAB EN LA PRACTICA CLÍNICA HABITUAL DE NEUMOLOGÍA Y ANÁLISIS DE SUS RESULTADOS

Ballesteros Vázquez, E. (1); PALOP CERVERA, M. (2); Sánchez Vera, A. (1); Lillo González, E. (1); Pérez Peribañez, G. (2); Marínez Moragón, E. (1)

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia (2) Hospital de Sagunto. Valencia

#### Introducción

En el primer trimestre de 2022 tuvimos financiado en España el tratamiento con dupilumab para los pacientes mayores de 12 años con asma grave. Hemos querido analizar el perfil de los pacientes en el que lo hemos indicado en neumología y la efectividad del mismo.

#### Material y métodos

Estudio retrospectivo en el que han participado 2 hospitales con unidad de asma acreditada por SEPAR. Hemos analizado todos los pacientes que han iniciado dupilumab entre marzo y junio 2022 con un periodo de seguimiento de 6 meses. Hemos considerado remisión a los 6 meses si el ACT era > 20, no había ninguna exacerbación grave y el FEVI era > 80% o había mejorado al menos 100 ml.

#### Resultados

Se han incluido 24 pacientes, 54% hombres, edad media 50+14 años, IMC 26+5. El 79% eran atópicos (19). Solo 5 pacientes no habían recibido biológico previo; la mayoría habían recibido omalizumab (14), seguido de mepolizumab (9) y benralizumab (8). 6 pacientes (25%) tenían RNScPN y 3 (12%) dermatitis atópica. Eran fumadores 5 pacientes (20%) y corticodependientes 4 (16%). Solo 13 pacientes (54%) tenían FENO> 25 ppb. De forma global se ha obtenido a los 6 meses reducción significativa del número de exacerbaciones, disminución del FENO, mejoría en el FEV1 y en el ACT y aumento de eosinofilia (tabla). La remisión a los 6 meses se ha conseguido en 14 pacientes (58%), sin diferencias significativas respecto a si dupilumab era o no el primer biológico, si el paciente era o no atópico, numero de exacerbaciones, eosinofilos, FENO, función pulmonar o presencia de RNScPN. Por el contrario, ningun paciente corticodependiente ni con tabaquismo ha conseguido la remisión. 2 de los 4 corticodependientes redujeron la dosis de corticoides orales a la mitad. No se han descrito efectos adversos.

#### Conclusiones

En la practica habitual estamos prescribiendo dupilumab en pacientes con fenotipo T2 alérgico, donde han fallado otros biológicos, especialmente omalizumab. La efectividad conseguida a los 6 meses es buena con remisión en la mayoría de pacientes. Las peores respuestas se están apreciando en pacientes fumadores y corticodependientes. Se confirma también que el fármaco es seguro.

# RESULTADOS DEL PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE MEJORA DE LA ADHERENCIA (PIMA)EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS) CON INDICACIÓN DE TRATAMIENTO CON CPAP

Ballesteros Vázquez, E. (1); Sánchez Vera, A. (1); Ponce Pérez, S. (1); Orosa Bertol, B. (1); Chamarro Baños, E. M. (2); Gómez Chinesta, C. (2); Ramos Marco, G. (2); Hernández González, M. (2); Esparza Valcárcel, P. (2); Navarro Soriano, C. (1); Martínez Moragón, E. (1) (1) Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia., (2) Vitalaire

#### Introducción

La CPAP es el tratamiento de elección en los pacientes diagnosticados de AOS. Para mejorar el cumplimiento de tratamiento y el seguimiento de estos pacientes consideramos que deben ser manejados de manera multidisciplinar por diferentes niveles asistenciales desde el médico, enfermería y personal asistencial de la empresa de terapias respiratorias.

#### Objetivos

Evaluar la mejora de la adherencia y calidad de vida mediante la intervención de un plan individualizado (PIMA) para pacientes con AOS en tratamiento con CPAP con un seguimiento de al menos 1 año.

#### Material y método

Se incluyen pacientes diagnosticados de AOS con PSG o PR domiciliaria con criterios de tratamiento con CPAP según normativa SEPAR. PIMA se basa en la individualización de los planes de cuidados en cuatro pilares 1.formación continuada y personalizada sobre patología,2.Telemonitorización 3. tratamiento y apoyo a los pacientes, acciones promotoras de la adherencia 4,control de la adherencia, todo ello para evitar visitas sanitarias y costes directos al sistema de salud, estratificación de pacientes, selección de vía de comunicación e interacción con el paciente y predicción de adherencia para personalizar el plan de cuidados. Los pacientes se estratifican en perfiles en función de la edad, nivel sociocultural, accesibilidad al centro sanitario, uso de tecnologías, movilidad, trabajo de riesgo, o casos de AOS complejos.

#### Resultados

Se incluyen en el programa 465 pacientes desde junio de 2021 hasta Enero 2023, de estos 87,53% continúan en tratamiento y en el programa de seguimiento. Analizamos los datos de adherencia de 281 pacientes que son los que llevan más de tres meses de tratamiento, de los cuales 74,73% son hombres con edad media 57+/-13, EE 10,80+/-4,9, 69,9% tenían factores de riesgo CV. IAH 32,16+/-19 .71,1 % pacientes tenían nivel sociocultural alto, uso de tecnología y movilidad alta y acceso rápido al centro sanitario 15 % tenían una profesión de riesgo, 1% AOS complejo. A 57 (20%) pacientes considerados de riesgo conductores, Apneas centrales y otros motivos se incluyeron en Telemonitorización. La media de adherencia de estos pacientes es de 4,70 +/-2 horas / noche. El 76,5% de los pacientes cumplían la adherencia al tratamiento y de estos 132 pacientes (46.98%) de los pacientes tienen una adherencia mayor de 5 h noche. En la muestra de seguimiento actual de los 465 pacientes incluidos actualmente el 60,61 % tienen una adherencia mayor de 5 h/noche.

Además el plan de intervención ha permitido agilizar la resolución de incidencias, mejorar la adaptación terapéutica y evitar visitas médicas priorizando la titulación 3% adaptando cambios mascarillas 48%, instalando humidificador 28% adelantando cambiando posología 26,5%

#### Conclusiones

Un programa basado en la estratificación y planes de atención personalizados a través de entrevistas motivacionales mejora la adherencia al tratamiento con CPAP, evita visitas médicas innecesarias y agiliza intervenciones relacionadas con la mejora de la salud frente al seguimiento estándar

# RESULTADOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL "MENTA" APLICADA A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE APNEA OBTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS) CON INDICACIÓN DE TRATAMIENTO CON CPAP

Ballesteros Vázquez, E. (1); Sánchez Vera, A. (1); Ponce Pérez, S. (1); Orosa Bertol, B. (1); Chamarro Baños, E. M. (2); Gómez Chinesta, C. (2); Ramos Marco, G. (2); Hernández González, M. (2); Esparza Valcárcel, P. (2); Navarro Soriano, C. (1); Martínez Moragón, E. (1) (1) Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia., (2) Vitalaire

#### Introducción

La CPAP es el tratamiento de elección y el más eficaz en los pacientes diagnosticados de AOS, pero para ello se requiere una cumplimentación adecuada, y para lograr el nivel de eficacia adecuado se requiere un uso continuado. Sin embargo, la aplicación diaria de esta terapia requiere una motivación y una percepción de mejoría en la calidad de vida por parte del paciente.

#### Objetivos

Determinar si el programa educativo y formativo "MEntA"; basado en el uso de la técnica de la entrevista motivacional en pacientes diagnosticados de AOS con tratamiento CPAP, mejora la motivación, la calidad de vida y el conocimiento de la enfermedad con el objetivo final de mejorar la adherencia al tratamiento.

#### Material y método

Se incluyen pacientes diagnosticados de AOS con PSG o PR domiciliaria con criterios de tratamiento con CPAP según normativa SEPAR. Se les realiza un programa estructurado (contenido, materiales y sesiones) con el uso de la entrevista motivacional específicamente dirigida en el tratamiento continuo. Se valora el grado de motivación a través un cuestionario que evalúa la motivación del paciente respecto a su intención de introducir cambios para mejorar su patología, con puntuación (0-4), grado de conocimiento de la enfermedad, calidad de vida medido por escala EVA y la adherencia a la CPAP.

#### Resultados

Están incluidos en el programa 465 pacientes desde junio de 2021 hasta Enero 2023. Analizamos los datos de los pacientes con más de tres meses de tratamiento (281 pacientes) de los cuales 74,73% son hombres con edad media 57+/-13, EE10,80+/-4,9, 69,9% tenían factores de riesgo CV, IAH 32,16+/-19, 71,1 % pacientes tenían nivel sociocultural alto. En la muestra de seguimiento actual de los 465 pacientes incluidos actualmente el 60,61 % tienen una adherencia mayor de 5 h/noche. Después de la implementación del programa el 78% de los pacientes estaban en cambios en sus hábitos de sueño, dietéticos etc, El 65 % de los pacientes mejoraron su motivación para utilizar la CPAP de manera continuada y se observaron mejoras en la calidad de vida tras la intervención y con la adherencia al tratamiento con CPAP. El cambio de EVA medio tras la intervenciones es de +2,71 (DE 3,68). Al inicio el 42,7 % de los pacientes tenían un EVA>6. En el seguimiento 93,87% de estos tenían puntuación EVA mayor o igual a 6,0 bservamos un mayor % de pacientes con EVA mayor o igual a 6 a medida que aumentaban las horas de uso de CPAP. El grupo donde se objetiva mayor mejora en EVA es el de menores de 50 años.

#### Conclusiones

La intervención "MEntA" incluida como parte de un programa educativo y formativo para pacientes con AOS que inician tratamiento con CPAP mejora la motivación, calidad vida, el conocimiento de la enfermedad lo que parece favorecer la adherencia al tratamiento.

### ASMA Y ADOLESCENCIA: CONTROL Y ADHERENCIA A LA TERAPIA INHALADA

Alvarez Brito, A. (1); Herrera Lara, S.; Esteve, A. (2); Mogrovejo Calle, S.; Martinez Soriano, A. (3); Gómez Larrauri, A.; Marina Malanda, N.; Mora Bastida, H. (4); Dorado Arenas, S.; Martinez Moragon, E.

(1) Valencia, (2) Hospital General Universitario de Valencia, (3) Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia, (4) Paiporta

\*Trabajo financiado en parte con beca FNCV 2015

#### Introducción

El asma es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en el adolescente, globalmente se estima en un 10% en el grupo de 13-14 años. Uno de los problemas en estas edades es la actitud frente a la enfermedad crónica, que puede condicionar el incumplimiento y la falta de control.

#### Materiales y métodos

Se realizó un estudio prospectivo observacional multicéntrico en el que han participado 4 hospitales con unidad de asma. Hemos analizado la gravedad del asma, el control y el cumplimiento a la terapia inhalada para evaluar sus correlaciones. Los pacientes rellenaban los cuestionaruos ACT,ACQ, el de control recomendado por la GINA, el TAI y el grado de conocimiento de la enfermedad mediante el cuestionario incluido en la GEMA educadores 2001.

#### Resultados

Se han incluido un total de 41 pacientes, 65% mujeres, en adolescencia media (14-17 años) 24 (58,5%) y con adolescencia tardía (18-21 años) 17 (41,5%). Respecto a la gravedad: asma leve 46%, moderada 44% y grave 10%. El asma estaba bien controlada en el 75% según el ACT, en el 56% según el ACQ y en el 63% según el cuestioanrio de GINA. La adhesion fue buena en el 10%, intermedia en 43% y mala en 46%.. En la mayoría el incumplimiento fue erratico. El grado de control según la guia GEMA (valorando cuestionarios clinicos, funcion pulmonar y exacerbaciones) fue: asma bien controlada 56%, parcialmente controlada 29% y mal controlada 14%. Respecto a conocimientos del asma: solo el 68% piensa que es una enfermedad inflamatoria y el 88% cree que el tratamiento principal son los broncodilatadores

Hay una correlación significativa (p=0,0001) entre el ACT y el ACQ - 0,69 -y entre el ACT y el GINA - 0,728-. Los indices de correlación de estos cuestionarios con el control según la GEMA son de 0.63 para el ACT, 0,83 para el ACQ y 0,90 para cuestionario GINA.

Respecto a la adherencia terapia inhalada, la adolescencia media tiene peor adherencia :73,7% frente al 26,3% de la adolescencia tardía. p=0.067. Sin diferencias significativas en el nivel de gravedad (p=0,297), grado de control de ACT (p=0,865), de ACQ (p=0,503), GINA (p=0,783) ni por el grado control GEMA del asma (p=0,917).

No encontramos correlación gobal entre el grado de control del asma y la adherencia al tratamiento (0,11; p= 0,48). pero si hay correlación significativa entre el grado de control por GINA (0,35; p=0,03) y ACQ (0,37; p=0,02) y el incumplimiento deliberado. También entre ACQ y el incumplimiento inconsciente (0,33; p=0,04).

#### Conclusión

En los adolescentes los cuestionarios clínicos ACQ y GINA parecen reflejar mejor el control clinico que el ACT. La adherencia al tratamiento es muy baja en la adolescencia temprana y mejora en la adolescencia tardia.

Los conocimientos acerca del asma en los adolescentes.deben mejorarse ya que, además de ser limitados, hemos encontrado un menor grado de control en los casos de incumplimiento terapéutico deliberado e inconsciente ( circunstancia que puede mejorar con la educación acerca de la enfermedad)



ISSN 2990-2746

Libro comunicaciones. XXX Congreso Sociedad Valenciana de Neumología. Editado por Fundación de Neumología de la Comunidad Valenciana Valencia 2023