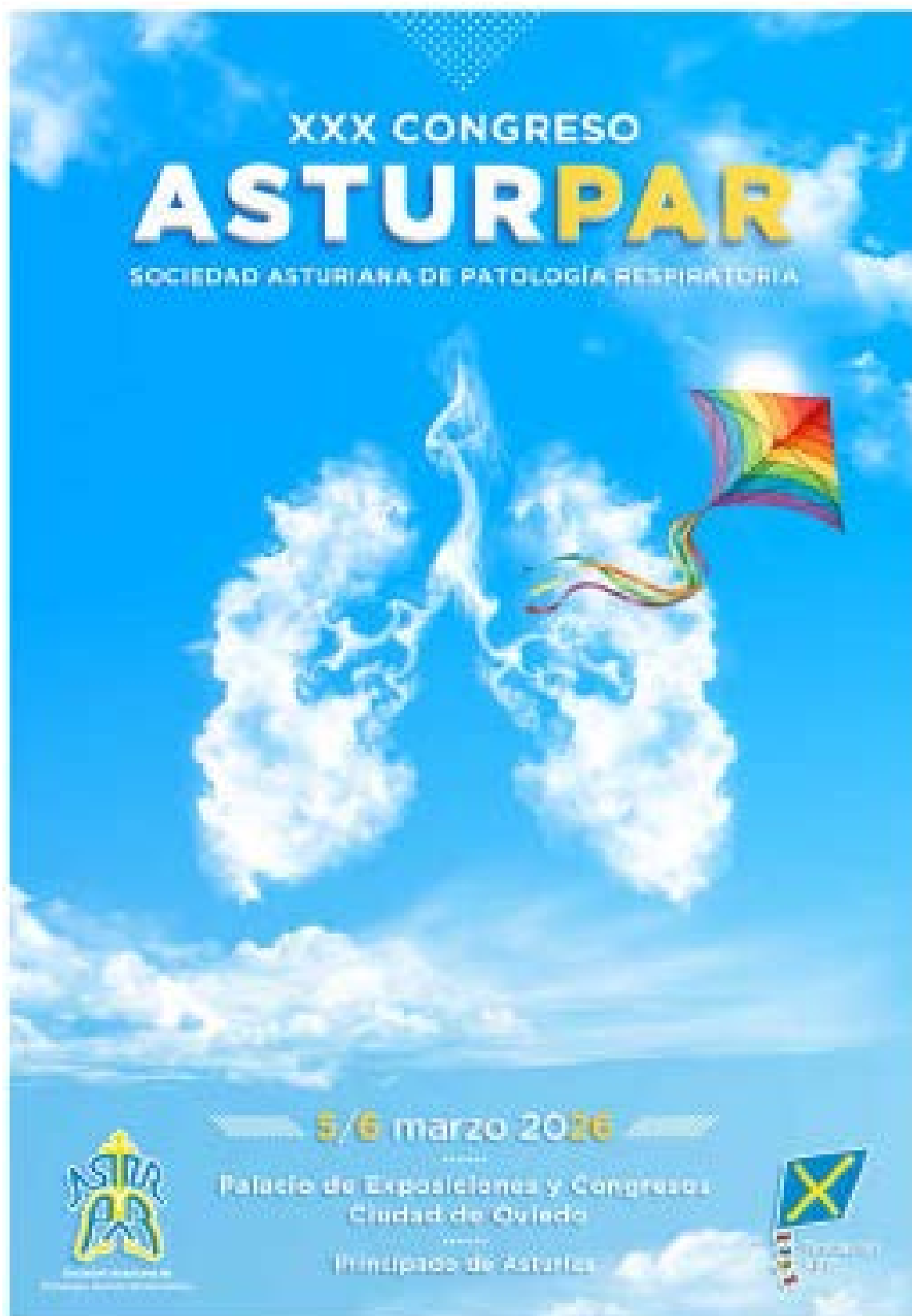


LIBRO DE COMUNICACIONES



Junta Directiva: *****

Presidente: José Antonio Gullón Blanco

Vicepresidente: Susana Filgueira Martínez

Tesorera: Gemma Rubinos Cuadrado

Secretario: Manuel Ángel Villanueva Montes

Vocales: Francisco Julián López González

Ana Rosa Expósito Villegas

Concepción Rodríguez García

María Pilar Gil Muñiz

Comité Científico ASTURPAR *****

Presidenta: Ana Pando Sandoval

Vocales: Guillermo López Arranz

Vocales: Alejandro Fernández Fernández

Vocales: Juan Rodríguez López

***** ENTIDADES COLABORADORAS *****

GLAXOSMITHKLINE

ASTRAZENECA

BIAL

CHIESI

MENARINI

OXIMESA

VITAL AIRE

FAES FARMA

SANOFI

Programa

Jueves 5 de marzo ●●●●● 15.00 h. Inauguración de exposición de la Industria Farmacéutica. <i>Entrega de Documentación.</i> SALA: CRISTAL 15.45 h. Presentación Pósteres. ► Moderan: Dra. Claudia Jannet Madrid Carbajal S^o Neumología. H.U.C.A. Dr. Álvaro Romero Suárez. S^o Neumología. Hospital Grande Covián (Ariondas). SALA: 5 y 6 16.00 h. Curso Teórico-Práctico para ENFERMERÍA. PAPEL DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI). Perfiles de Pacientes en UCRI. Enf. Sergio López Sanchez. S^o Neumología. H.U.C.A. Manejo de equipos: *Cough-Asist Ft. Irene Fernández Suárez. S^o Fisioterapia. VitalAire. *Trilogy Enf. Yolanda González García. S^o Neumología. H.U.C.A. *Cánulas de Traqueotomía Enf. Sergio López Sánchez. S^o Neumología. H.U.C.A. *Oxigenoterapia de alto flujo: Airvo Enf. Aurora Rey Mena. S^o Neumología. H.U.C.A.	SALA: CRISTAL. 17.00 h. Inauguración oficial del Congreso. 17.30h. Pausa Café. 18.00 h. UNIDADES EN CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI). UCRI en SEPAR-Criterios de acreditación. Dr. Pablo Lozano Cuesta. S^o Neumología. H.U.C.A. UCRI en HUCA. Nuestra experiencia. Dr. Guillermo López Arranz. S^o Neumología. H.U.C.A. Casos especiales: traqueostomía y decanulación. Dra. Ina Guerassimova. S^o Neumología. H.U.C.A. ► Moderador: Dr. Ramón Fernández Álvarez. S^o Neumología. H.U.C.A. 19.15 h. Simposio GLAXOSMITHKLINE: NUEVA ERA EN EL CONTROL SOSTENIDO Y EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA INFLAMACIÓN T2 Dr. Juan Luis García Rivero. S^o de Neumología. H. U. Marqués de Valdequilla.
--	---

Viernes 6 de marzo

•••••

SALA: 5 y 6

11.00 h. Taller Ventilación no Invasiva.

Dra. Inés Ruíz Álvarez.
S^o Neumología. H.U.C.A.

14.00 h. Comida de trabajo.

SALA CRISTAL.

15.45 h. Presentación Comunicaciones.

► Moderan:

Dr. Manuel Ricardo Rodríguez Seoane.
S^o Neumología. H. U. San Agustín.
Dr. Antonio Menéndez Lobo.
S^o Neumología. Hospital de Jove.

17.30 h. AGUDIZACION DE EPID (Enfermedad Intersticial Difusa): Puntos de vista del Neumólogo.

Dra. Ana Paraná Fontenla.
S^o Neumología. H.U.C.A.

Del Intensivista.

Dra. Laura Álvarez González.
S^o UCI. H. U. San Agustín.

► Moderador:

Dr. Juan Rodríguez López.
S^o Neumología. H. U. San Agustín.

18.30 h. Pausa Café SANOFI.

18.45 h. Mesa Redonda Autonómica ASMA BRONQUIAL: FARMACOS BIOLÓGICOS.

Indicaciones de Biológicos en asma.

Dra. Lucía Gimeno Fernández.
S^o Neumología. H. U. San Agustín.

Remisión clínica y completa.

Dra. Laura Vigil Vigil.
S^o Neumología. H. U. Cabueñes.

Retirada de biológicos.

Dra. Tamara Hermida Valverde.
S^o Neumología. H.U.C.A.

► Moderador:

Dr. Pablo Álvarez Vega.
S^o Neumología. H. U. Cabueñes.

20.00 h. Conferencia de Clausura: "Neumología, 40 años dan para mucho. Evolución y retos futuros"

Dr. Manuel Ángel Martínez Muñiz.
Socio de Mérito ASTURPAR.

► Presentación:

Dr. José Antonio Gullón Blanco.
Presidente Asturpar y Fundación AIRE.

21.15 h. Espicha



... ENTIDADES COLABORADORAS ...

GLAXOSMITHKLINE

ASTRAZENECA

BIAL

CHIESI

MENARINI

OXIMESA

VITAL AIRE

FAES FARMA

SANOFI

CONVOCATORIA DE PREMIOS ASTURPAR 2026

Oviedo, 27 de febrero de 2026

CONVOCATORIA DE PREMIOS ASTURPAR 2025

Premios al XXX Congreso ASTURPAR

- *Premio Mejor Comunicación del Congreso-Patrocinado por Oximesa*
Premio de 600 Euros a la mejor comunicación del Congreso.
- *Premio Enfermería – Patrocinado por Oximesa*
Premio de 300 Euros a la mejor comunicación del Congreso que la primera firmante sea Enfermera.
- *Accésit 2º Comunicación Vital Aire*
Premio de 300 Euros
- *Accésit 3º Comunicación Vital Aire*
Premio de 300 Euros

Los premios de comunicaciones al congreso, junto con las becas y ayudas concedidas, se entregarán en la asamblea de socios.

Fdo.: Dr. José Antonio Gullón
Presidente de ASTURPAR

Fdo.: Dr. Manuel Ángel Villanueva Montes
Secretario de ASTURPAR

Oviedo, 27 de febrero de 2026

PONENCIAS

UNIDADES DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS (UCRI) EN

SEPAR: criterios de acreditación

Dr. Pablo Lozano Cuesta

La consolidación a nivel estatal de las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) responde a la necesidad de ofrecer un entorno asistencial específico para aquellos pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o crónica agudizada que requieren monitorización estrecha y soporte respiratorio avanzado sin precisar, por una u otra circunstancia, ingreso en una unidad de cuidados intensivos convencional. En este contexto, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica ha impulsado, dentro de su Área de Calidad, un sistema de acreditación específico para estas unidades, orientado a definir estándares comunes y promover un modelo organizativo basado en la calidad y la seguridad. La acreditación se basa en un proceso de evaluación estructurada que analiza diversas dimensiones clave de la unidad: organización asistencial, recursos humanos, investigación y docencia, equipamiento disponible y desarrollo de protocolos clínicos. Se consideran aspectos como la formación específica del equipo, la disponibilidad de técnicas de soporte respiratorio no invasivo, la monitorización continuada y la existencia de indicadores de actividad y resultados. Asimismo, se valora la integración de la UCRI en la estructura hospitalaria y su participación en actividades docentes y de mejora continua.

El modelo contempla distintos niveles de reconocimiento, que van desde la unidad básica hasta la especializada de alta complejidad, lo que permite adaptar la evaluación al grado de desarrollo de cada centro y favorecer una evolución progresiva hacia estándares más exigentes. La revisión por evaluadores externos

aporta objetividad al proceso y facilita la identificación de áreas susceptibles de optimización.

Más allá de su valor acreditativo, este sistema actúa como herramienta estratégica para ordenar la práctica clínica, homogeneizar criterios y reforzar el papel del neumólogo en el manejo del paciente respiratorio complejo. En un entorno sanitario caracterizado por alta presión asistencial y variabilidad organizativa, disponer de marcos evaluativos comunes contribuye a garantizar equidad, seguridad y mejora continua.

Recientemente, la UCRI del Hospital Universitario Central de Asturias ha sido acreditada como Unidad Especializada con Criterios de Excelencia, tras su inauguración oficial en mayo de 2025.

UCRI EN UCA. Nuestra experiencia

Dr. Guillermo López-Arranz Monge

La Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) del Hospital Universitario Central de Asturias ha completado su primer año de funcionamiento desde su inauguración en noviembre de 2024. Este periodo ha permitido consolidar su papel como recurso asistencial especializado para pacientes que requieren monitorización estrecha y soporte ventilatorio avanzado. Durante el primer año se registraron 185 ingresos correspondientes a 168 pacientes, con una edad media de 66 años. La patología de base más prevalente fue la enfermedad neuromuscular, que representó el 43% de los casos, destacando la esclerosis lateral amiotrófica como diagnóstico predominante dentro de este grupo. Le siguieron la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

(EPOC), responsable del 26% de los ingresos, y el síndrome de obesidad-hipoventilación (11%).

El origen de los pacientes reflejó el papel integrador de la UCRI dentro del hospital y del sistema sanitario: el 73% procedía del Servicio de Urgencias, un 12% de otros centros hospitalarios, un 5% de la UCI tras procesos complejos que requerían aún cuidados respiratorios avanzados, y otro 5% correspondió a ingresos programados para procedimientos o adaptaciones ventilatorias. La estancia media en la UCRI fue de 11,6 días, mientras que los pacientes que procedían de UCI acumulaban estancias previas muy prolongadas, con una media de 80,8 días.

Los motivos de ingreso más frecuentes fueron el mal manejo de secreciones (23%), la acidosis respiratoria (17%), las agudizaciones de EPOC (16%) y la neumonía (13%). Este perfil clínico refleja la complejidad de los pacientes y la necesidad de cuidados respiratorios avanzados no disponibles en unidades convencionales. Asimismo, destaca el papel clave de la UCRI en la continuación de cuidados de pacientes neuromusculares, en procesos de adaptación a ventilación mecánica domiciliaria y en el manejo de insuficiencias respiratorias de diverso origen.

Entre los cuidados proporcionados durante este primer año se documentó que el 35% de los pacientes requirió ventilación mecánica no invasiva aguda, un 15% precisó adaptación a ventilación mecánica domiciliaria y un 4% requirió oxigenoterapia de alto flujo. Procedimientos complejos como la traqueostomía, la decanulación o el destete de ventilación mecánica también fueron parte fundamental de la actividad asistencial, reflejando la elevada dependencia respiratoria y la gravedad de muchos de los casos atendidos.

En cuanto a los resultados clínicos, la UCRI registró una tasa de sedación paliativa del 11% y una mortalidad del 12%, cifras que deben interpretarse dentro del contexto de elevada complejidad y fragilidad de los pacientes ingresados. La unidad se ha convertido en un recurso estratégico para el HUCA, facilitando la descongestión del Servicio de Urgencias y de la UCI, optimizando el uso de recursos y garantizando una atención altamente especializada.

Este primer año de funcionamiento demuestra que la UCRI desempeña un papel esencial en el manejo integral de la insuficiencia respiratoria y en la continuidad asistencial de pacientes crónicos complejos. Los resultados obtenidos avalan la necesidad de consolidar y desarrollar este modelo asistencial, que mejora la eficiencia del sistema sanitario y la calidad de la atención proporcionada a los pacientes respiratorios.

CASOS ESPECIALES: TRAQUEOSTOMÍA Y DECANULACIÓN

Dra. Ina Guerassimova

- Definición de traqueostomía/decanulación
- Alteraciones en la anatomía/fisiología normal de la vía aérea que supone la traqueostomía
- Porqué deben importarnos como neumólogos estos pacientes
- Evaluación sistemática del paciente traqueostomizado
- Evaluación de la vía aérea superior
- Manejo de las complicaciones de una traqueostomía
- Decanulación: criterios, protocolo
- Conclusiones

AGUDIZACION DE EPID (Enfermedad Intersticial Difusa): Puntos de vista del Neumólogo.

Dra. Ana Paramá Fontenla

La FPI (fibrosis pulmonar idiopática) es una de las enfermedades pulmonares intersticiales más comunes. Las exacerbaciones agudas de la enfermedad son comunes en estos pacientes y es uno de los ejemplos mejor estudiados de exacerbaciones de la enfermedad pulmonar intersticial. Por ello, las exacerbaciones de la FPI se utilizan a menudo como modelo para comprender y tratar las exacerbaciones de enfermedades pulmonares intersticiales menos comunes. La incidencia y prevalencia de la EA-FPI es de 5 al 10 % por año. Su aparición suele indicar un mal pronóstico, con una mediana de supervivencia de 3 a 4 meses, y una mortalidad hospitalaria por EA-FPI superior al 50%. Las principales características de la EA-FPI son la lesión pulmonar aguda y el daño alveolar difuso (DAD). Cuando no existe un desencadenante extrínseco identificable para la EPI-EA, esta se considera idiopática. Por el contrario, la infección, la aspiración y la toxicidad farmacológica son desencadenantes extrínsecos comunes de la EPI-EA. La EA-FPI tiende a ser más frecuente en aquellos con enfermedad más avanzada, medida por una peor función pulmonar (especialmente la capacidad vital forzada y la capacidad de difusión del monóxido de carbono), una distancia de caminata de 6 minutos más corta y una oxigenación basal más baja. Aunque el lavado broncoalveolar y la biopsia pulmonar quirúrgica son herramientas poderosas en el diagnóstico de EPI, también pueden ser factores de riesgo potenciales de EA.

La disnea rápidamente progresiva es el síntoma más prominente en casi todos los pacientes. Los criterios de diagnóstico son los siguientes: (I) diagnóstico previo o actual de FPI; (II) empeoramiento significativo de la disnea en el plazo de

1 mes sin causa evidente; (III) la TCAR mostró nuevas anomalías en las imágenes, como sombras en vidrio deslustrado bilaterales difusas o consolidación sobre un fondo del patrón de NIU, y excluyó otras causas, como sobrecarga de volumen, insuficiencia cardíaca izquierda o embolia pulmonar. La TCAR es la clave para el diagnóstico de la mayoría de las EPI sospechadas.

Existen muchas opciones de tratamiento para la EA-FPI, como corticosteroides, inmunosupresores, productos biológicos, agentes antifibróticos, antiinfecciosos y tratamientos no farmacológicos, pero hasta la fecha, todavía no hay evidencia clara sobre estas estrategias terapéuticas, especialmente los tratamientos farmacológicos. Los corticosteroides se utilizan como terapia tradicional, pero debido a la falta de evidencia científica, aunque se mencionan en diversas guías, su recomendación suele ser débil y no se ha establecido una dosis específica. En el caso de los tratamientos no farmacológicos, las terapias de apoyo, como la oxigenoterapia con cánula nasal de alto flujo (CNAF) y la ventilación no invasiva, pueden beneficiar a los pacientes en cierta medida.

El trasplante de pulmón se utiliza como tratamiento de último recurso, pero puede significar solo una breve prolongación de la vida.

El desarrollo de EPI se asocia con varias enfermedades del tejido conectivo (ETC), como la artritis reumatoide (AR), la esclerosis sistémica (ES), la polidermatomiositis/dermatomiositis (PM/DM), el síndrome de Sjögren (SS), el lupus eritematoso sistémico (LES), así como las ETC indiferenciadas y mixtas. El curso de la EPI no siempre sigue la actividad de la ETC subyacente. Las exacerbaciones de las EPI asociadas a CTD se reconocen cada vez más en la práctica clínica y conllevan un curso de enfermedad devastador y una alta mortalidad. Parecen estar relacionadas con la gravedad de la EPI subyacente y la

presencia del patrón de NIU. La definición, los criterios diagnósticos y la estrategia de tratamiento de los EA se basan principalmente en el manejo indicado para pacientes con FPI. Las EA en el curso de la EPI asociada a CTD requieren un manejo terapéutico avanzado con la intensificación de la terapia inmunosupresora, que aún no se ha estandarizado. La suplementación de oxígeno en forma de cánula nasal de alto flujo y ventilación con presión positiva no invasiva está indicada, mientras que las terapias más agresivas, como la ventilación mecánica y la oxigenación por membrana extracorpórea, generalmente deben restringirse a los posibles candidatos a trasplante.

AGUDIZACION DE EPID (Enfermedad Intersticial Difusa): Puntos de vista del Intensivista.

Dra. Laura Álvarez González

La **agudización de la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID)**, y en especial de la **fibrosis pulmonar idiopática (FPI)**, constituye uno de los escenarios más complejos y de peor pronóstico en la Unidad de Cuidados Intensivos. Aunque se trata de eventos relativamente poco frecuentes, su **mortalidad es extremadamente elevada**, especialmente cuando requieren ventilación mecánica invasiva. Este contexto obliga a un abordaje **cuidadoso, individualizado y precoz**, donde no solo importa el soporte respiratorio elegido, sino también la definición temprana de objetivos terapéuticos y la prevención del daño inducido por el tratamiento.

La experiencia de la UCI del Hospital Universitario San Agustín entre 2021 y 2025 refleja de forma contundente esta realidad: los pacientes con agudización de EPID que ingresaron en UCI presentaron una **mortalidad del 100%**, con fallecimiento precoz en la mayoría de los casos y una elevada frecuencia de

limitación del esfuerzo terapéutico. Estos datos locales son coherentes con la evidencia científica disponible, que muestra mortalidades hospitalarias y a corto-medio plazo muy altas, especialmente en pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva, con alto riesgo de lesión pulmonar inducida por el ventilador y complicaciones asociadas.

La evidencia acumulada en los últimos años indica que la **EPID agudizada no debe manejarse como un SDRA clásico**: se trata de pulmones poco reclutables, frágiles y mal tolerantes a PEEP elevadas, sobredistensión o maniobras agresivas. La ventilación mecánica invasiva no mejora la supervivencia de forma global y solo podría considerarse en **pacientes muy seleccionados**, especialmente cuando existe un **desencadenante claramente identificable, potencialmente reversible y tratable**, o como **punto de puente a trasplante pulmonar**. En la mayoría de los casos, la **oxigenoterapia de alto flujo** debe ser la primera línea de soporte respiratorio, reservando la ventilación no invasiva o invasiva para situaciones muy concretas y reevaluadas de forma estrecha.

En este contexto, mi propuesta defiende un enfoque **estructurado y pragmático**, centrado en:

La **búsqueda precoz de un trigger tratable** (infección, toxicidad farmacológica, neumonitis inflamatoria, tromboembolismo, insuficiencia cardíaca).

La **selección adecuada del soporte respiratorio**, priorizando estrategias menos invasivas.

La **estratificación pronóstica temprana**, integrando gravedad aguda, situación funcional previa, tipo de EPID y respuesta inicial al tratamiento.

La **definición anticipada de objetivos terapéuticos**, con implicación del paciente y la familia, y comunicación precoz con equipos de cuidados paliativos cuando el pronóstico es desfavorable.

Como resultado, propongo un **protocolo de actuación hospitalario** que estandariza el manejo inicial, la indicación de pruebas clave (como la TCAR precoz), el tratamiento médico y respiratorio, los criterios de ingreso en UCI y las condiciones en las que la ventilación mecánica invasiva podría considerarse o, por el contrario, desaconsejarse. El objetivo final no es solo mejorar la coherencia asistencial, sino **evitar tratamientos fútiles**, minimizar el daño inducido y garantizar una atención alineada con el pronóstico real del paciente.

En definitiva, el mensaje central es claro: en la agudización de la EPID en UCI, **no siempre “hacer más” es hacer mejor**. La clave está en **seleccionar bien a quién, cómo y hasta dónde tratar**, apoyándose en la evidencia, la experiencia local y una toma de decisiones multidisciplinar y centrada en el paciente.

RESPUESTA EN EL ASMA GRAVE Y VARIABLES ASOCIADAS

Dra. Laura Vigil Vigil

Tradicionalmente, el tratamiento del asma se ha centrado en alcanzar y mantener el control de la enfermedad, reduciendo síntomas y exacerbaciones. Sin embargo, el desarrollo de terapias biológicas dirigidas a los mecanismos inflamatorios subyacentes ha cambiado el paradigma terapéutico. En el asma grave, ya no solo se busca el control sintomático, sino que emerge el concepto de remisión como un objetivo clínico potencialmente alcanzable. Es importante subrayar que la remisión en el asma no implica la curación definitiva de la enfermedad. Más bien, se refiere a la ausencia sostenida de actividad clínica, con desaparición de

síntomas y exacerbaciones, estabilidad funcional y reducción del impacto de la enfermedad en la calidad de vida. La importancia radica en que los pacientes que logran un control completo de su asma pueden tener un mejor pronóstico a largo plazo al reducirse la pérdida de función pulmonar, de futuras exacerbaciones y pueden tener más posibilidades de reducir gradualmente la terapia biológica.

El término remisión del asma comenzó a utilizarse por primera vez en estudios longitudinales pediátricos a mediados del siglo XX para describir la desaparición de síntomas en la adolescencia y la evolución natural del asma infantil. Con la aparición de los corticoides inhalados y el desarrollo de guías como la Global Initiative for Asthma (GINA), el paradigma cambió hacia el concepto de “control del asma”. Con la llegada de los primeros biológicos empezó a observarse que algunos pacientes alcanzaban estados clínicos que iban más allá del simple control. El verdadero punto de inflexión fue el documento de consenso publicado en 2020 por Menzies-Gow et al., donde se propuso definir remisión clínica, diferenciar remisión parcial y completa y considerar remisión como objetivo terapéutico. Este es el momento en que el término empieza a consolidarse.

En las guías más recientes este concepto ha sido incorporado de forma explícita. La actualización 2025 de GINA introduce el término remisión del asma dentro de su estrategia global de manejo, particularmente en el contexto del asma del adulto y del asma grave tratada con biológicos. En el ámbito nacional, la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) incorpora igualmente el concepto de remisión como una nueva perspectiva en la era de la terapia biológica.

Define la remisión como la ausencia de actividad de la enfermedad y reconoce su relevancia como objetivo clínico emergente. En ella se establecen criterios claros

y operativos para definir términos como remisión clínica, remisión completa y remisión en asma y RSCcPN como vía respiratoria única.

La probabilidad de remisión depende de múltiples variables, incluyendo la precocidad del tratamiento, el control de la inflamación y la preservación de la función pulmonar previa al tratamiento. La evidencia disponible sobre el porcentaje de pacientes que puede alcanzar la remisión y las variables predictoras del éxito es muy limitada, lo que constituye un área pendiente de investigación. Lo que sí parece tener cada vez más peso es la importancia de establecer estrategias tempranas y dirigidas para maximizar la probabilidad de remisión y prevenir la progresión de la enfermedad.

En conjunto, la evolución del concepto de remisión en el asma refleja un cambio profundo en la ambición terapéutica. De un modelo centrado exclusivamente en el control de síntomas se ha pasado a considerar la posibilidad de suprimir de forma sostenida la actividad clínica e inflamatoria de la enfermedad, especialmente en el asma grave tratada con terapias dirigidas, aun sabiendo que queda mucho camino por recorrer ya que todavía se desconoce con precisión qué porcentaje de pacientes alcanza la remisión y cuáles son las variables que más la influyen.

FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ASMA GRAVE: RETIRADA Y CAMBIOS INTER E INTERCLASES.

El paradigma de la medicina de precisión

Dra. Tamara Hermida Valverde

La heterogeneidad del asma grave y el solapamiento de fenotipos exigen una gestión dinámica de los biológicos. No todos los pacientes logran un control óptimo con la primera elección, lo que obliga al clínico a dominar las transiciones entre fármacos (switch) y la seguridad de su posible retirada.

1. Switch de Biológicos: Rescatando la Respuesta Aproximadamente el 10% de los pacientes en vida real realizan un cambio de biológico, motivados principalmente por eficacia insuficiente (86%) o efectos adversos.

Cambio Interclase: La transición de omalizumab a terapias anti-IL-5 (mepolizumab) o anti-IL-4/13 (dupilumab) tras una respuesta subóptima mejora significativamente la tasa de exacerbaciones, la función pulmonar y la calidad de vida. Dupilumab destaca como opción robusta incluso tras el fracaso de múltiples biológicos previos.

Cambio Intraclase: Dentro de la vía anti-IL-5, el cambio a benralizumab puede ser exitoso gracias a su mecanismo de citotoxicidad celular (ADCC), que logra una depleción eosinofílica más profunda en sangre y tejidos que otros fármacos de su clase.

Práctica Clínica: La evidencia apoya el cambio directo sin periodos de lavado (washout), lo que simplifica la transición y minimiza el riesgo de descontrol.

2. Retirada de Biológicos: ¿Hacia una Remisión Persistente? La retirada solo debe considerarse tras un mínimo de 12 meses de control total y bajo dosis medias de corticoides inhalados.

Riesgo de Recaída: Los estudios XPORT (omalizumab) y COMET (mepolizumab) demuestran que la interrupción del tratamiento aumenta significativamente el riesgo de exacerbaciones y pérdida de control frente a la continuación.

Gradualidad: Con fármacos como tezepelumab, la pérdida de control clínico y el retorno de biomarcadores (FeNO y eosinófilos) ocurre de forma gradual entre las semanas 10 y 16 post-tratamiento.

Estrategia Segura: La discontinuación debe ser individualizada. Se recomiendan estrategias de reducción gradual de dosis (tapering) en lugar de suspensión abrupta, especialmente en "super-respondedores" con remisión clínica sostenida.

Conclusión: Un enfoque centrado en el paciente La decisión de cambiar o retirar un biológico debe basarse en un fenotipado dinámico y un enfoque "treat-to-target". Mientras que el cambio de biológico es una herramienta poderosa para rescatar a pacientes no controlados, la retirada sigue siendo un terreno incierto donde la persistencia del beneficio no está garantizada para la mayoría. El futuro reside en la identificación de biomarcadores que predigan quién puede alcanzar una remisión biológica duradera sin necesidad de terapia perpetua.

NEUMOLOGÍA, 40 AÑOS (no son nada pero...) DAN PARA MUCHO. EVOLUCIÓN Y RETOS FUTUROS

Dr. Manuel Ángel Martínez Muñiz

La medicina ha evolucionado espectacularmente desde finales de los años 70 del siglo pasado (XX), hasta la actualidad. Fundamentalmente en el aspecto tecnológico, lo que ha permitido incrementar el conocimiento y la formación, que a su vez influyó, de forma significativa, en los diagnósticos y los tratamientos con una clara repercusión, entre otros aspectos, en la supervivencia y la mejoría de la calidad de vida. También ha cambiado la manera de abordar todas las cuestiones inherentes a la misma, sobre todo en la relación médico-paciente en lo que refiere a la información y el respeto a la autonomía. Todo esto, así mismo, ha acaecido en la Neumología.

Pequeña reseña histórica:

En la primera parte del siglo pasado, hasta la década de los sesenta, la dedicación principal de quienes trabajaban en la medicina del aparato respiratorio era, casi exclusivamente a la Tuberculosis ("Tisiólogos"). El único organismo oficial era el Patronato Nacional Antituberculoso y el único título era "Diplomado en Tisiología" que solo se podía obtener tras un curso que se realizaba en la Escuela Nacional de Tisiología, de Madrid.

En 1953, la Asociación Internacional para el Estudio de los Bronquios (AIEB), fundada en París en 1950, propuso al Dr. Francisco Coll Colomé la creación de la sección "Ibérica" y en 1954, en el Congreso del ACCP, celebrado en Barcelona, se fundó la Sección española de la AIEB. En 1967 se disolvió y en el congreso de ese año, se fundó SEPAR cuya influencia a partir de ese momento, fue indudable en el desarrollo de los servicios de Neumología y favoreció la instauración de la Neumología moderna.

La formación como Neumólogo se lleva a cabo mediante el sistema MIR, que en España comenzó a configurarse en los años 60, siendo el Hospital General de Asturias, pionero en iniciar los primeros programas en 1963. La estructura nacional unificada se consolidó años después, y el sistema moderno, que comenzó en 1974, se estableció formalmente en 1978 y nuestra especialidad, forma parte de esos programas desde entonces.

Herramientas propias de los Neumólogos y su evolución:

El fonendoscopio, el broncoscopio y la función pulmonar eran, y siguen siendo, 3 pilares fundamentales en el desempeño de nuestra profesión, lógicamente han evolucionado significativamente en todos estos años. Los fonendoscopios tienen mucha más calidad, incluso ya los hay que disponen de Inteligencia Artificial (IA). El broncoscopio dio un salto cualitativo, pasando de la fibra óptica a la Videobroncoscopia y sus técnicas asociadas, la Ecobroncoscopia (EBUS) y sus técnicas como la Criobiopsia, la Navegación Electromagnética, la Broncoscopia Robótica y la integración de la IA; esto en lo que se refiere al diagnóstico. En lo que concierne a su uso como herramienta terapéutica el avance es manifiesto con acciones como Recanalización de Vías Aéreas por medio de láser, electrocauterio o crioterapia. Prótesis endobronquiales para mantener abiertas las vías respiratorias obstruidas y técnicas como la Termoplastia Bronquial en pacientes con asma grave persistente. Otra disponibilidad es la Realidad Virtual y Simulación, que existe en algunos centros avanzados, donde emplean modelos de alta fidelidad para el entrenamiento en estas técnicas intervencionistas.

La medida de la Función Pulmonar ha progresado también de forma llamativa, hemos pasado de los Espirómetros de fuelle y cálculo manual a los Neumotacógrafos automatizados y computarizados, así como los Pletismógrafos

también, la mejoría de los analizadores de DLCO y la Ergoespirometría. Lo que ha contribuido, en gran medida, a mejorar los diagnósticos y los controles evolutivos de las enfermedades respiratorias más frecuentes.

Es de reseñar que el comienzo y posterior desarrollo espectacular, de la VMNI, se ha convertido en una herramienta cotidiana de los neumólogos, inicialmente a nivel hospitalario y posteriormente domiciliario.

La evolución en el aspecto clínico es muy evidente con la mejora en el diagnóstico, el tratamiento, el control y la supervivencia de las enfermedades más prevalentes del aparato respiratorio. En el Cáncer de pulmón se realizan diagnósticos de precisión y el tratamiento se personaliza. En la EPOC con la mejora del arsenal terapéutico, sobre todo a expensas de los nuevos broncodilatadores y las Guías de manejo GOLD y GesEPOC; lo mismo sucede en el Asma con las Guías GINA y GEMA y los tratamientos biológicos y en la EPID que antaño era una enfermedad huérfana de tratamiento y ahora disponemos de los Antifibróticos. Las enfermedades infecciosas de nuestra especialidad (TBC, Neumonías...) también han visto mejorado su diagnóstico y su tratamiento con nuevos antibióticos. La AOS que hace años había estado relegada ahora la vemos en su extensión, con mejora diagnóstica y terapéutica, aunque todavía infradiagnosticada. Desde 1990, disponemos además de la posibilidad del Trasplante Pulmonar, que es la última opción terapéutica, para un grupo de enfermedades cuando ya no existe otra posibilidad.

Tenemos muchos aliados: Radiología/Imagen, fundamental para nuestro día a día de nuestro trabajo y con una evolución espectacular (TAC, TAC-AR, Angio-TAC, RNM, PET-TAC, ECOGRAFÍA...), Microbiología, Anatomía Patológica, Bioquímica, Inmunología, Oncología...y la parte quirúrgica de nuestra patología

que corresponde a CIRUGÍA TORÁCICA que también han avanzado de forma significativa.

En lo que respecta a nuestra Información científica y formación continuada, sobre todo en lo relacionado con la bibliografía, hemos pasado del Index medicus a Internet que supuso una autentica revolución y los buscadores (PubMed/MEDLINE, Google Académico-Scholar, Cochrane Library, Embase, Scopus, ScienceDirect....) que facilitan enormemente este trabajo.

SEPAR también ha evolucionado mucho, mejorando los aspectos organizativos y formativos de nuestra especialidad, con la creación de las áreas, publicaciones, cursos, guías, manuales, recomendaciones, becas...

Retos de nuestra especialidad:

Prevención: continuar la lucha contra el tabaco y las “nuevas formas de fumar. Prevenir las enfermedades de origen laboral (Asma ocupacional, Asbestosis, nuevas Silicosis...). Incrementar las tasas de vacunación (virales, neumococo...), sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas. Cribado del Cáncer de Pulmón. Mejorar el infradiagnóstico de enfermedades tan prevalentes como la EPOC y AOS.

Tecnología: aplicar las innovaciones en la Broncoscopia con todas sus novedosas técnicas, diagnósticas y terapéuticas, asociadas. Las UCRIS, es otro campo que debería seguir creciendo y desarrollándose en los servicios de Neumología. Estimular el interés de nuestros jóvenes neumólogos por la Fisiología Respiratoria.

La IA: parece evidente que es un futuro tan inmediato que deberíamos de considerarla como ya como un presente...

Finalmente respecto a la Formación: parece muy necesario que el periodo de la formación MIR, de los neumólogos, sea ampliada a 5 años. Los avances, en todos los aspectos, tanto clínicos como diagnósticos, terapéuticos y tecnológicos lo justifican plenamente. Asimilar todo ese conocimiento y adquirir habilidades y experiencia en su manejo requiere más tiempo de formación que el actual.

POSTERS

5 de marzo

15.45	UTILIDAD DEL FeNO PARA PREDECIR LA HIPERRESPUESTA BRONQUIAL EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ASMA
15.48	MINIMIZAR DE FORMA EFICAZ Y SEGURA EL IMPACTO DE LA HUELLA DE CARBONO DEL TRATAMIENTO INHALADO EN EL ASMA
15.51	RECURRENCIA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: FACTORES ASOCIADOS
15.54	CITISINICLINA EN LA CESACIÓN TABÁQUICA: RESULTADOS COMPARATIVOS CON TERAPIAS CONVENCIONALES
15.57	EVOLUCIÓN DEL ABORDAJE DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO DE BAJO RIESGO: EL ROL DEL MANEJO AMBULATORIO
16.00	PATOLOGIA PULMONAR DE ORIGEN OCUPACIONAL: EXPERIENCIA EN PRUEBAS DE PROVOCACION ESPECIFICA EN NUESTRO MEDIO
16.03	PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA CRIOBIOPSIA MEDIASTINICA GUIADA POR ULTRASONIDO ENDOBRONQUIAL (CRYO-EBUS) EN TRASTORNOS LINFOPROLIFERATIVOS
16.06	RESULTADOS DE DUPILUMAB EN ASMA GRAVE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL: SUPER-RESPUESTA Y REMISIÓN CLÍNICA
16.09	IMPACTO DE LA CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA SOBRE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR PATOLOGÍA RESPIRATORIA EN ASTURIAS
16.12	EL LABORATORIO DE FUNCIÓN PULMONAR EN EL DIAGNÓSTICO DE ASMA

16.15	EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON DISCINESIA CILIAR PRIMARIA
16.18	TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y CÁNCER
16.21	IMPACTO DE GÉNERO EN DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA (DAT) EN ASTURIAS
16.24	VOLUNTADES ANTICIPADAS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO ANUAL EN UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA
16.27	PRIMEROS PASOS EN LA CONSULTA DE TABAQUISMO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES (GIJÓN)
16.30	ESTRATIFICACION DEL RIESGO Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Utilidad del FeNO para predecir la hiperrespuesta bronquial en pacientes con sospecha de asma.

Concepción Rodríguez García, Araceli Marquez Delgado, Luz María Gallego Espolita, Roberto Dorrego González, José Antonio Gullón Blanco, Jesús Allende González.

Hospital Universitario San Agustín de Avilés

Introducción y objetivo

El objetivo de este estudio fue evaluar la capacidad de la fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO) para predecir la presencia de hiperrespuesta bronquial (HRB) en pacientes con síntomas compatibles con asma que acudieron a nuestra consulta externa.

Material y método

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes que acudieron a realizar una prueba de provocación bronquial inespecífica con metacolina entre junio de 2023 y octubre de 2025 y a los que se les había medido el FeNO en la primera consulta de neumología.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, tabaquismo, presencia de rinitis, síntomas, recomendación previa de tratamiento con corticoide inhalado, valor de FeNO (≥ 40 o < 40 ppb) y resultado de la prueba de metacolina (considerada como positiva si $PC_{20} < 8$ mg/ml).

Se llevó a cabo un análisis de sensibilidad (S)-especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) para el punto de corte $FeNO \geq 40$.

Se realizó un estudio de curvas ROC con cálculo del área bajo la curva (AUC) y determinación del punto de corte con mayor S y E del FeNO para predecir hiperrespuesta bronquial.

Resultados

Se incluyeron 157 pacientes. La tabla 1 muestra los principales resultados descriptivos.

Con un punto de corte de FeNO ≥ 40 ppb, el grupo global mostró una sensibilidad del 16,4%, especificidad del 92,8%, valor predictivo positivo (VPP) del 66,7% y valor predictivo negativo (VPN) del 56,1%. Para los no fumadores, los resultados fueron comparables: sensibilidad del 17,1%, especificidad del 96,2%, VPP del 77,8% y VPN del 60,0%.

En el análisis de curvas ROC, FeNO ≥ 40 ppb presentaba AUC de 0,57 en el grupo global y de 0,64 en sujetos no fumadores (imagen 2). El punto de corte del FeNO de mayor S y E en no fumadores fue 19 ppb (S: 51,2%, E: 77,4% y de 12,5 ppb en el grupo global (S: 60,3%, E: 54,8%)

Conclusiones

LA FeNO presenta una capacidad limitada para predecir HRB, especialmente si se emplea el punto de corte de ≥ 40 ppb, aunque valores superiores a éste aumentan la probabilidad de HRB por su elevada especificidad.

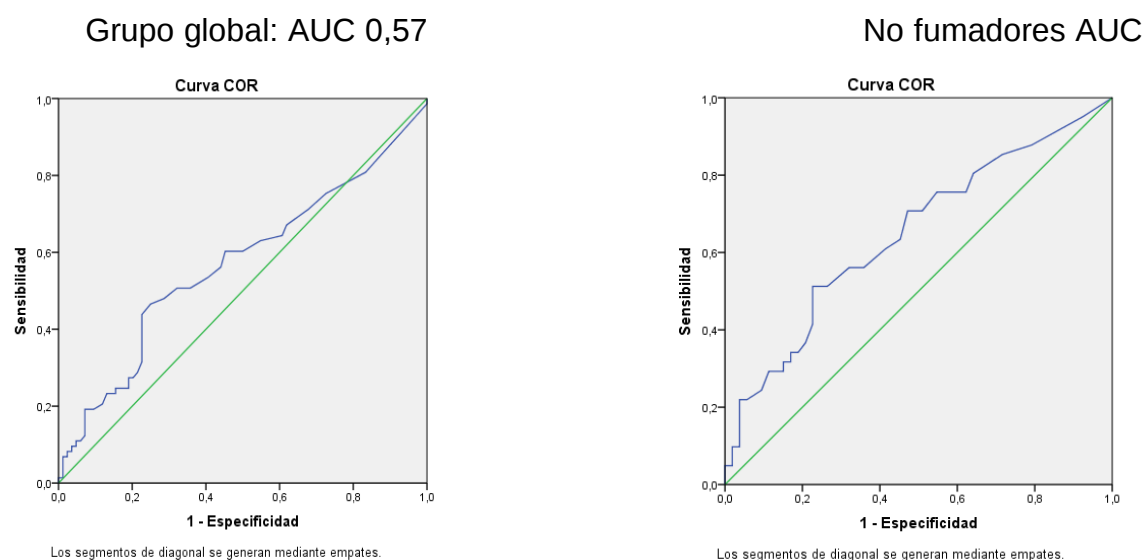
En sujetos no fumadores muestra una rentabilidad ligeramente superior, pero con el punto de corte más adecuado solo se consigue que el rendimiento sea moderado.

En conjunto, la FeNo no es suficiente como parámetro único para predecir HRB, pero puede ser útil como herramienta complementaria en el diagnóstico de asma bronquial en sujetos no fumadores.

Tabla 1. Principales resultados descriptivos

Variable	Valor
N total	157
Edad media(años)	45 ±18.3 años
Mujeres (%)	67.5 %
No fumadores (%)	59.9 %
Rinitis (%)	42 %
Principales síntomas (%):	Disnea: 64.3%; tos: 54.8%
Tratamiento CI previo (%)	33.8 %
FeNO ≥ 40 ppb (%)	Global: 11.5 % / No fumadores: 11.7%
Metacolina positiva (PC 20 < 8)	46.5 %

Imagen 2.



0,647

MINIMIZAR DE FORMA EFICAZ Y SEGURA EL IMPACTO DE LA HUELLA DE CARBONO DEL TRATAMIENTO INHALADO EN EL ASMA

AUTORES

M. ^a Ángeles Rodríguez Martín¹, M. ^a Jesús García Durán¹, Verónica Irazusta García¹, Tatiana Margolles García¹, Noelia Álvarez Alonso¹, Pablo Álvarez Vega², Laura Vigil Vigil², Cristina Menéndez Sánchez², Estela García Coya², Gastón Figueroa³

¹ Enfermera. Hospital Universitario de Cabueñes.² FEA Neumología Hospital Universitario de Cabueñes.

³ Residente de Neumología Hospital Universitario de Cabueñes.

INTRODUCCIÓN

El asma es una de las enfermedades con mayor prevalencia en la población.

Para su tratamiento se utilizan inhaladores de HFCs que aumentan de manera considerable el impacto medioambiental de la huella de carbono (CFP).

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) reconoce la necesidad de implantar medidas educativas para mitigar dicho impacto teniendo en cuenta que todas las acciones encaminadas para disminuir la huella de carbono de los inhaladores no deben poner en peligro el buen control de la enfermedad de estos pacientes.

OBJETIVO

Determinar si es posible simplificar el uso de inhaladores pMDI (Hidrofluorocarburos) para reducir las emisiones de gases con efecto de invernadero (GEI) y formar parte de la estrategia internacional acordada para lograr un continente climáticamente neutro en 2050 y sin que afecte a la adherencia y control de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis prospectivo de 54 pacientes diagnosticados de asma bronquial mediante prueba broncodilatadora positiva y/o fracción de óxido nítrico exhalado > de 40

ppb en tratamiento con triple terapia inhalada abierta (corticoide inhalado (CI), agonista beta de acción prolongada (LABA) y antimuscarínico de larga duración (LAMA) en dos dispositivos), a los que se sustituyó dicha terapia por una cerrada en un único dispositivo manteniendo los tres fármacos.

Se incluyeron variables demográficas, comorbilidades, síntomas, datos de espirometría, agudizaciones, puntuación en el cuestionario Asthma Control Test (ACT), puntuación en el Test de Adhesión a los inhaladores (TAI) y puntuación el test Feeling os Satisfactionwithinhaler (FSI 10) en el momento del cambio de tratamiento a los 6 meses y a un año del mismo.

Para el análisis estadístico se utilizo el programa SPSS 25.0 realizando un análisis multivariante ANOVA.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 54 pacientes, 36 de ellas mujeres (66,7%) y 18 hombres (33,3%), con una edad media de 55,84 + 16,04 años. El 20,4 % eran fumadores activos, el 22,2 % eran exfumadores y el 57,4 % no fumadores. Los dispositivos inhalados utilizados antes del cambio del tratamiento fueron: accuhaler (3%); cartucho presurizado (15%); nexthaler (18%), ellipta (5%); turbohaler (8%); breezhaler (2%); respimat (49%).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los parámetros analizados tanto a nivel de adherencia al tratamiento como al control de la enfermedad.

Tras una año de estudio el número de inhaladores utilizados se redujo en un 50%, con un descenso de CFP de un 93,16%.

CONCLUSIONES

La CFP provocada por los inhaladores utilizados en el tratamiento del asma puede ser disminuida de forma significativa, eficaz y segura para dichos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA



Tabla 1. Huella de carbono (CFP) de cada uno de los inhaladores utilizados

DISPOSITIVO	CFP per Inhaler Pack (/gCO ₂ e)
Presurizado	14.227
Accuhaler	1.250
Nexthaler	917
Ellipta	764,66
Turbuhaler	694
Breezhaler	359
Respimat	383

Tabla 2. Diferencias en los 3 cuestionarios utilizados, espirometría, FeNO y agudizaciones.

PARÁMETRO	TRIPLE TERAPIA ABIERTA	TRIPLE TERAPIA CERRADA 6 MESES	TRIPLE TERAPIA CERRADA 1 AÑO	ANOVA
ACT	22,1+ 2,84	21,3 + 2,84	22,39 + 3,59	0,81 - 1,06 (p<0,05)
TAI	44,3 + 3,36	47,1 + 2,2	47,5 + 2,3	0,69 - 0,93 (p<0,05)
FSI-10	41,7 + 3,95	45,6 + 2,7	47,8 + 1,79	0,63 - 0,84 (p<0,05)
FEV1	77,19 + 14,7%	76,11 + 13,5%	79,14 + 18,9%	0,88 - 1,14 (p<0,05)
FeNO	29,3 + 20,11	32,4 + 12,78	24,37 +18,15	0,93 - 1,19 (p<0,05)
Agudizaciones	0,38 + 0,16	0,31 + 0,12	0,32 + 0,09	0,91 - 1,05 (p<0,05)

RECURRENCIA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: FACTORES ASOCIADOS

Macarena Corrales López, Lucía Gimeno Fernandez, Álvaro Fernandez Serrano, Andrés Alustiza Ramos, José Antonio Gullón Blanco, Manuel Ángel Villanueva Montes, Fernando José Álvarez Navascués, Juan Rodríguez López, Jennifer Jiménez Pérez, Pablo Fernández Álvarez, Belén Miranda Fernández, Manuel Ricardo Rodríguez Seoane, Jesús Allende Gonzalez
Hospital Universitario San Agustín, Avilés, España

Introducción

Analizar qué variables se asocian a la aparición de nuevos eventos tromboembólicos en pacientes que habían sido diagnosticados previamente de tromboembolismo pulmonar (TEP)

Material y métodos

Se analizaron todos los pacientes diagnosticados de TEP , recogidos retrospectivamente entre septiembre/23 y septiembre/24. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, grado de extensión según angioTC, hallazgos ecocardiográficos, presencia de trombosis venosa profunda (TVP), NT-proBNP, troponina y tratamiento recibido; todas ellas se relacionaron con la posibilidad de recurrencia. Se definió recurrencia como la presencia de nuevos eventos una vez finalizado el tratamiento anticoagulante. Para el estudio estadístico de las variables cuantitativas se utilizaron la t-student con una distribución normal, U-Mann-Whitney con una distribución no normal. Para las variables cualitativas la Chi-Cuadrado. Se consideró significación estadística: $p < 0.05$.

Resultados

Se analizaron 119 pacientes: 67 hombres (56.3%) y 52 mujeres (43.7%). 58 pacientes (48.7%) tenían una edad comprendida entre 51-75 años y 45 (37,8%) eran mayores de 75 años. Se observó recurrencia en 12 pacientes (10 %), que

fue más frecuente en aquellos con hallazgos ecocardiográficos de sobrecarga de cavidades derechas (20%), NT-proBNP > 500 (16.7%), diagnóstico de TVP en el primer episodio (13.2%), y que no fueron tratados con ACOD (13.8%) en el primer episodio. En la tabla 1 se refleja la asociación entre dichas variables y la recurrencia.

Conclusiones

- 1) Presentar un NT-proBNP elevado, hallazgos ecocardiográficos de sobrecarga de cavidades derechas y no emplear ACOD se asocian con una frecuencia llamativamente mayor de recurrencia de eventos tromboembólicos pulmonares.
- 2) Debido al tamaño muestral y el diseño de nuestra serie no se pueden extraer conclusiones definitivas, por lo que son necesarios nuevos estudios para valorar si dichas variables deben considerarse en el momento de decidir el tratamiento anticoagulante y la duración del mismo.

Citisiniclina en la cesación tabáquica: resultados comparativos con terapias convencionales

Autores: López Amaro, R. Pando Sandoval, Arbas Rodríguez, M. Mañana Valdés, C. Acebo Castro, M. Fernández Antuña, P. Domingos Hompanera, S. Ruiz Martínez, A. García Clemente. M. HUCA, Oviedo.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una adicción que supone un problema de salud y la cesación puede ser complicada. Se ha demostrado que el uso de terapia farmacológica y/o cognitivo-conductual aumenta la tasa de éxito y evita recaídas. El objetivo de este estudio es comparar la eficacia de citisiniclina vs otras terapias en la consulta de cesación tabáquica de un hospital de 3º nivel.

METODOLOGIA

Con diseño observacional y retrospectivo se recogieron variables como edad, sexo, profesión, comorbilidades, índice paquetes/año, intento de cesación previa y terapia utilizada, puntuación obtenida en el test Fagerstrom/recompensa, índice de dureza y EVA, medición de CO inicial, uso de citisiniclina actual, tiempo hasta día D, presencia de recaídas y tiempo hasta la misma en aquellos pacientes citados en consulta de cesación tabáquica entre Enero/2024 y Junio/2025. Los datos de las variables cuantitativas se presentan como media y las de cualitativas como porcentaje. Se realizó un análisis estadístico con chi cuadrado y t-student. Se tomó como significativa una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Con una muestra de 124 pacientes, se formaron 2 grupos: citisiniclina (69) vs otras terapias (55). Las características de los grupos se muestran en la tabla 1. Edad media $57 \pm 0,91$ años, 58.8% mujeres. IPA medio 37 ± 18 . La patología asociada se muestra en la tabla 2. El 42.7% realizó al menos 1 intento de cesación previo (4,8% en el último año); El 29% utilizó terapia farmacológica. Puntuación media de test de Fagerstrom: 5, no observándose relación con la presencia de recaídas ($p=0,4$). Media de días hasta el día D con citisiniclina: 4,7 vs 7,9 ($p=0,017$); tiempo medio de cesación: 55,2 días vs 62,1 ($p=0,7$). El 87,9% de los pacientes que usaron citisiniclina no recayeron en el periodo analizado ($p=0,02$) y los que recayeron, lo hicieron más tardíamente con respecto a otras terapias (98,8 vs 46,2 días; $p=0,032$); 25% eran sanitarios (90% categoría TCAE) y el 91,2% de los que usaron citisiniclina no recayeron ($p=0,026$).

CONCLUSIONES

1. Los pacientes que realizan la cesación tabáquica con citisiniclina presentan menos recaídas y consiguen la cesación en menos tiempo.
2. El tratamiento con citisiniclina permite que los pacientes se mantengan libres de recaída durante más tiempo.
3. La profesión sanitaria presenta mayor concienciación respecto al tabaquismo, con mayor tasa de abandono que el resto de la población.

Tabla 1: Características de los grupos

Variables	Citisiniclina (N)	Otras terapias (N)
Sexo (H/M)	H 24/ M 45	H 25/ M 24
Tiempo hasta Dia D	5	13
Recaída	7	11
Personal sanitario	22	8

Tabla 2: Patología asociada

Comorbilidades	%
Patología neurológica	13,7
Patología cardiológica	13,7
Patología vascular	13,7
Neoplasia	15,3
EPOC	19,4
AOS	11,3

Evolución del abordaje del tromboembolismo pulmonar agudo de bajo riesgo: el rol del manejo ambulatorio

Autores: López Amaro, R. Bedate Díaz, P. López González, F. Mañana Valdés, C. Acebo Castro, M. Fernández Antuña, P. Domingos Hompanera, S. Ruiz Martínez, A. García Clemente. M. HUCA, Oviedo.

INTRODUCCIÓN

El tromboembolismo pulmonar agudo (TEPA) de bajo riesgo es una patología frecuentemente observada en unidades de hospitalización de Neumología que puede aumentar la presión asistencial.

El objetivo de este estudio es delimitar la posibilidad de manejo y las complicaciones a corto plazo de esta patología en pacientes vinculados a un hospital de 3º nivel.

METODOLOGIA

Con diseño observacional y retrospectivo, se analizaron edad, sexo, comorbilidad previa, localización, lateralidad y extensión del TEPA, valor de la escala PESI, troponinas y NTproBNP, dilatación del ventrículo derecho en TAC, necesidad de ingreso, estancia media, presencia complicaciones en el 1º mes así como fallecimiento de pacientes valorados por Neumología entre Enero/24 y Junio/24. Los datos obtenidos se presentan como media y desviación estándar en variables cuantitativas y como porcentaje en cualitativas. El análisis estadístico se realizó con comparación de media t student para muestras independientes y U de Mann-Whitney para dependientes. Se tomó como significativa una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Con una muestra de 83 pacientes, se formaron 2 grupos: pacientes ingresados

(78) vs no ingresados (5). La edad media fue de $65,95 \pm 12,98$ años, el 62,7% eran varones. El 73,5% presentaban alguna comorbilidad, las cuales se muestran en la tabla 1. El 72,3% no mostraba dilatación del ventrículo derecho; mostraron un NTproBNP medio de $984,27 \pm 2274,88$ y troponina T de $57,92 \pm 94,89$. El valor medio de la escala PESI fue de 2. El 94% de la muestra ingresó, con estancia media de $6,58 \pm 3,41$ días. En cuanto a la comparativa de grupos, se observó que el grupo que precisó ingreso presentaba una edad media de 67 años vs 46 de los no ingresados ($p=0,0003$), un valor de PESI de 2,76 vs 0,2 ($p=0,0002$), un NTproBNP de 1044,8 vs 40,6 ($p=0,001$) y una troponina de 61,2 vs 7,2 ($p=0,001$). El 74.7% no presentaron ninguna complicación en el 1º mes. Las complicaciones presentadas se muestran en la tabla 2. Se registraron 6 fallecimientos, de los cuales sólo 1 fue secundario al TEPA.

CONCLUSIONES

1. La escala PESI es una herramienta bien conocida y que ha demostrado un poder discriminativo para identificar pacientes de bajo riesgo de mortalidad. A pesar de ello, la realidad es que muchos pacientes continúan ingresando.
2. Los valores de NTproBNP y troponina son excelentes biomarcadores si los asociamos a la escala PESI.
3. Nuestra propuesta sería combinar la escala PESI con biomarcadores y prueba de imagen para una mayor seguridad en cuanto al tratamiento ambulatorio.

Tabla 1: Patología asociada.

Comorbilidades	%
Arritmias	1,2
Cardio/valvulopatía	19,7
ETEV/trombofilias	23,8
Neoplasia	13,1
FRCV	20,2

Tabla 2: Complicaciones presentadas por pacientes ingresados.

Complicación	%
Secundarismo farmacológico	8,4%
Infecciones	11,9%
Shock cardiogénico	1,2%
PCR	1,2%
Arritmias	2,4%
Insuficiencia respiratoria global con acidemia	4,2%

PATOLOGIA PULMONAR DE ORIGEN OCUPACIONAL: EXPERIENCIA EN PRUEBAS DE PROVOCACION ESPECIFICA EN NUESTRO MEDIO.

Autores: Ramon Fernandez(*), Marta Iscar (*), Maria Jose Gonzalez (&), Daniel Martinez (+)y Marta Garcia (*).

(*): Facultativos Neumologia HUCA

(+): Facultativo Neumologia Ocupacional INS

(&): Enfermeria Neumologia HUCA

INTRODUCCION

La patología pulmonar derivada de la exposición laboral u ocupacional, es una condición que en el caso del asma puede estar presente hasta en el 20% de los casos. Debido sus consecuencias clínicas y laborales es necesario disponer de herramientas diagnósticas como son las pruebas de provocación específica (PPE) que constituyen el patrón oro. En estas pruebas se intenta reproducir de forma controlada la exposición al posible agente causal, monitorizando la respuesta funcional y/o radiológica del paciente. Nuestro objetivo es presentar nuestra experiencia de PPE.

PACIENTES Y METODOS

Con diseño retrospectivo, se analizan los pacientes que han sido sometidos a una PPE en los últimos 9 años en nuestro servicio valorando: sospecha diagnóstica, agente sospechoso, y resultado de la prueba. Se realizan las PPE en condiciones realistas con ingreso hospitalario y sometiendo al paciente a una exposición progresiva durante un total de 2 horas en cabina al agente sospechoso. Se considera positiva la prueba si se producen cambios significativas en FVC, FEV1, FeNO, o Rx de tórax.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 15 PPE (9 mujeres de 55 DE 5 años). La sospecha diagnóstica fue de Asma ocupacional (13) y Alveolitis alérgica extrínseca (2). Las profesiones de los pacientes fueron: 8 agricultores, 3 panaderos, 2 peluqueras, 1

empleada de limpieza y 1 empleada de quesería. Las sustancias sospechosas fueron: 8 hierba ensilada, 3 harinas, 2 persulfatos, 1 producto de limpieza y 1 queso curado. Fueron positivos 9 casos (4 por hierba ensilada, 3 por harinas y 2 por persulfatos); En 8 de ellos (asma) por caída en FEV1 que se acompañó de FeNO elevado en 3 casos. 1 caso (AAE) se diagnosticó por aparición de infiltrado radiológico horas después de la provocación (AAE). El tiempo medio de caída en FEV1 en los casos positivos de asma fue de 32 minutos. No hubo reacciones tardías en las siguientes 24h.

CONCLUSIONES

- 1.-La sospecha de patología ocupacional puede estar infraestimada en nuestro medio.
- 2.-La mayor parte de los casos fueron agricultores con sospecha de asma.
- 3.-La caída en el FEV1 ha sido el parámetro que más diagnósticos ha proporcionado, y se ha producido de forma precoz en el curso de la provocación.

PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA CRIOBIOPSIA MEDIASTINICA GUIADA POR ULTRASONIDO ENDOBRONQUIAL (CRYO-EBUS) EN TRASTORNOS LINFOPROLIFERATIVOS

Ana Ruiz Martínez, Miguel Ariza Prota, Lucía García Alfonso, Ángela Lanza Martínez, Immaculada Sánchez, María Gil, Sandra Fernández Rodríguez, Francisco López González, Marta García Clemente. Hospital Universitario Central de Asturias. Unidad de Neumología Intervencionista.

INTRODUCCION: La aspiración con aguja transbronquial guiada por ultrasonido endobronquial (EBUS-TBNA) tiene baja sensibilidad para el diagnóstico de linfoma debido a la limitada arquitectura tisular. Esto requiere procedimientos invasivos (mediastinoscopia). La criobiopsia mediastínica guiada por EBUS (CRYO-EBUS) ha surgido como una alternativa mínimamente invasiva, obteniendo muestras más amplias y de mayor calidad, crucial para la subtipificación.

OBJETIVO: Este estudio compara el rendimiento diagnóstico entre EBUS-TBNA y CRYO-EBUS tanto para el diagnóstico inicial de linfoma como para casos de recidiva, analiza la seguridad y evalúa el número de mediastinoscopias que podrían evitarse potencialmente gracias a esta novedosa técnica.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio observacional en el Hospital Universitario Central de Asturias entre enero de 2024 y octubre de 2025. Se incluyeron 16 pacientes sometidos a EBUS-TBNA y CRYO-EBUS en el mismo procedimiento, en los cuales se obtuvo un diagnóstico definitivo de linfoma. Ambos procedimientos se realizaron en la misma estación ganglionar (3 TBNA y 3 criobiopsias por estación).

RESULTADOS: La cohorte presentó una edad media de 58 años (rango: 23–84 años), con una distribución por sexo del 53% de mujeres y 47% de varones. Los parámetros de sensibilidad global y demás indicadores diagnósticos se detallan en la Tabla 1. El CRYO-EBUS demostró una superioridad significativa frente al EBUS-TBNA, tanto de forma aislada como en combinación con citometría de flujo (Tabla 2). El rendimiento diagnóstico de CRYO-EBUS y EBUS-TBNA + CMF tanto en diagnósticos iniciales como en casos recurrentes se muestran en la Tabla 3. Los 14 diagnósticos confirmados mediante CRYO-EBUS permitieron la tipificación de diversos subtipos, incluyendo linfoma de Hodgkin, linfoma folicular y linfoma B difuso de células grandes, entre otros. Se evitaron 14 mediastinoscopias. Los dos casos no diagnosticados por CRYO-EBUS se confirmaron posteriormente mediante mediastinoscopia, y cabe destacar que no se reportaron complicaciones durante los procedimientos.

CONCLUSIÓN: El CRYO-EBUS demostró una sensibilidad superior a la EBUS-TBNA para el diagnóstico y la subtipificación del linfoma. Se trata de una técnica mínimamente invasiva, ambulatoria y segura, que reduce de forma significativa la necesidad de recurrir a la mediastinoscopia. En este contexto, el CRYO-EBUS podría considerarse como método diagnóstico primario para los trastornos linfoproliferativos mediastínicos, con el consiguiente ahorro económico para el sistema sanitario y una disminución relevante de los riesgos asociados a procedimientos más invasivos como la mediastinoscopia.

Tabla 1. Características generales de los procedimientos. Los datos se presentan como media (rango) o media $\pm$ desviación estándar, a menos que se indique lo contrario.

	n/media $\pm$ DE	%
Aguja:		
• 22G	16	100
Diámetro ganglio linfático (mm)	21.32 $\pm$ 6,52	
TBNA por estación	3	
ROSE	8	50
TBNA/CRYO-EBUS (estaciones ganglionares)		
• 7	8	50
• 4R	5	31
• 11Ri	3	19
Diagnósticos EBUS-TBNA + CMF	3	19
Diagnósticos por CRYO-EBUS	14	88
Mediastinoscopias	2	13
Complicaciones	0	0
Nuevos casos	9	56
Recurrencias	7	44

Abreviaturas: G, calibre (Gauge); mm, milímetros; ROSE, evaluación citológica inmediata (Rapid on-site evaluation).

Tabla 2: Precisión diagnóstica de ambas técnicas.

	CRYO-EBUS	EBUS-TBNA + CMF
S (%)	88	38
E (%)	100	100
VPP (%)	100	100

S: Sensibilidad; **E:** Especificidad; **VPP:** Valor predictivo positivo; **CMF:** Citometría de flujo.

Tabla 3: Rendimiento diagnóstico de CRYO-EBUS y EBUS-TBNA + CMF tanto en diagnósticos iniciales como en casos recurrentes. El rendimiento diagnóstico de los procedimientos se expresa en porcentaje (%).

Nuevos diagnósticos		Recurrencias	
CRYO-EBUS	EBUS-TBNA + CMF	CRYO-EBUS	EBUS-TBNA + CMF
78	33	100	43

RESULTADOS DE DUPILUMAB EN ASMA GRAVE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL: SUPER-RESPUESTA Y REMISIÓN CLÍNICA

Marina Acebo Castro, Tamara Hermida Valverde, Ana Isabel Enríquez Rodríguez, María Rodríguez Pericacho, Claudia Mañana Valdés, Paloma Fernández Antuña, Rocío López Amaro, Ana Ruiz Martínez, Sergio Domingos Hompanera, Marta María García Clemente. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

Introducción

El asma grave continúa siendo un reto clínico por su elevada carga de exacerbaciones, el deterioro funcional y la frecuente dependencia de corticosteroides sistémicos. La llegada de los biológicos ha permitido plantear objetivos más ambiciosos, como la super respuesta y la remisión clínica, aunque su definición no es universal y los datos en vida real siguen siendo limitados. Dupilumab, anticuerpo anti-IL-4R α , ha demostrado mejorar la función pulmonar y reducir exacerbaciones en fenotipos T2. El objetivo de este estudio fue evaluar, en práctica clínica habitual, la proporción de pacientes con asma grave T2 que alcanzan estos objetivos tras 12 meses de tratamiento.

Material y métodos

Estudio retrospectivo en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), que incluyó adultos con asma grave T2 tratados con dupilumab entre junio de 2024 y junio de 2025. Se recogieron datos clínicos, función pulmonar, biomarcadores, ACT, uso de corticoides sistémicos y exacerbaciones. La super respuesta se

definió según los criterios del consenso Delphi 2023 y la remisión clínica según los del consenso REMAS 2024. El análisis estadístico se realizó con SPSS.

Resultados

Se incluyeron 35 pacientes (71% mujeres; media de 58 ± 15 años). Tras 12 meses se observó mejoría significativa en la función pulmonar: el FEV₁ aumentó de 2081 ± 717 mL a 2412 ± 769 mL ($p = 0,000$), la FVC de 3061 ± 870 mL a 3348 ± 879 mL ($p = 0,000$) y la relación FEV₁/FVC de $68 \pm 10\%$ a $72 \pm 10\%$ ($p = 0,001$). El FeNO descendió de 38 ± 34 a 16 ± 13 ppb ($p = 0,000$) y la IgE total de 1153 ± 1117 a 265 ± 322 UI/mL ($p = 0,003$). El ACT aumentó de 13 ± 4 a 21 ± 3 ($p = 0,000$). Las exacerbaciones disminuyeron de 3 ± 2 a $0,5 \pm 1$ ($p = 0,000$), junto con los ciclos de corticoides sistémicos y la dosis acumulada anual. No hubo cambios significativos en eosinófilos. En la escala EXACTO, el 51% alcanzó respuesta completa, el 14% buena respuesta, el 20% respuesta parcial y solo un paciente no respuesta. La puntuación FEOS (media 94) reflejó una respuesta global excelente. El 77% cumplió criterios de super respuesta y el 54,3% alcanzó remisión clínica.

Conclusiones

Dupilumab mostró una elevada eficacia en pacientes con asma grave T2 en vida real, con mejoras significativas en función pulmonar, inflamación tipo 2, control clínico y reducción de exacerbaciones y corticoides. Más de la mitad alcanzó remisión clínica según REMAS 2024, reforzando el papel de dupilumab como herramienta clave para lograr objetivos avanzados de control en asma grave.

Tabla 1 Comorbilidades.

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	4	11%
Diabetes Mellitus	4	11%
Dislipemia	6	17%
Cardiopatía	2	6%
Obesidad	9	26%
Ansiedad/depresión	11	31%
EPOC	1	3%
Traqueobroncomalacia	4	11%
Aspergilosis broncopulmonar alérgica	1	3%
Bronquiectasias	8	23%
Colonización por microorganismos	3	9%
Intolerancia a AINEs	3	9%
Rinitis alérgica	13	37%
Rinosinusitis crónica	2	1%
Poliposis nasal	8	23%
Alergias		
☐ Ácaros	22	63%
☐ Polen	15	43%
☐ Perro	7	20%
☐ Gato	7	20%
☐ Negativos	10	29%

Tabla 2. Diagnóstico, fenotipo y tratamiento del asma.

Variables relación con el asma	Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico		
☐ Prueba broncodilatadora	12	34%
☐ Variabilidad de flujos	7	20%
☐ Metacolina	2	6%
Fenotipo		
☐ T2 mixto	23	66%
☐ T2 eosinofílico	6	17%
☐ T2 alérgico	6	17%
Tratamiento		
☐ LAMA	34	97%
☐ ARLT	33	94%
☐ Corticoides orales	5	14%
☐ 1 Biológico previo*1	19	54%
☐ 2 Biológicos previos*2	8	23%
☐ 3 Biológicos previos*3	1	3%

*1 13 (65%) Omalizumab, 5 (25%) Mepolizumab, 1 (5%) Benralizumab/*2 4 (50%) Mepolizumab, 4 (50%) Benralizumab/ *3 Benralizumab.

IMPACTO DE LA CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA SOBRE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR PATOLOGÍA RESPIRATORIA EN ASTURIAS

Claudia Mañana Valdés¹, Isabel Martínez Pérez², José Luis Carretero Ares³, Carmen María Diego Roza¹, Marta María García Clemente¹, Ana Fernández Somoano²

1. Servicio de Neumología. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo, España.
2. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Oviedo, España.
3. Dirección General de Salud Pública y Atención a Salud Mental. Consejería de Salud, Oviedo, España.

Introducción

La calidad del aire es una de las mayores preocupaciones de la salud pública (OMS 2021). Las enfermedades respiratorias constituyen una de las principales causas de hospitalización en España. Asturias es una de las provincias españolas con mayores tasas de hospitalización por estas patologías (INE, 2025).

Objetivos

Valorar los efectos de la contaminación en la salud, en particular el impacto en la salud respiratoria.

Material y Métodos

Se realizó un estudio epidemiológico observacional de diseño ecológico, durante el periodo 2003-2023, en el que se relacionó el número diario de ingresos hospitalarios no programados (urgentes) con los niveles medios diarios de contaminantes atmosféricos. Los ingresos urgentes se registraron en el hospital Universitario San Agustín (Avilés), los hospitales Universitarios de Cabueñes y Jove (Gijón) y el hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo). Los datos de calidad del aire procedieron de la Red de Vigilancia de la Calidad del Aire del Principado de Asturias (17 estaciones), correspondientes a las áreas de Avilés, Gijón y Oviedo. Se analizaron las concentraciones de partículas en suspensión (PM₁₀), dióxido de nitrógeno (NO₂), dióxido de azufre (SO₂) y ozono (O₃). La

variable dependiente fue el número de casos de ingresos no programados, codificada de forma binaria ("0" si es igual o menor que la mediana de casos del periodo; "1" si es superior a la mediana). Los niveles de contaminación (variable independiente) se analizaron como variable continua expresándose los resultados de la asociación mediante Odds Ratios (OR), que representa el riesgo relativo de que haya ingresos por encima de la mediana de una enfermedad por cada 10 µg/m³ que aumente el nivel de contaminante. El análisis estadístico se realizó con el programa STATA versión 14.2.

Resultados

Los resultados se presentan en las Figuras 1 y 2.

Conclusiones

Se observa asociación estadística entre los indicadores sanitarios utilizados y los niveles más altos de contaminantes atmosféricos. Los efectos a corto plazo de la contaminación atmosférica se manifiestan fundamentalmente sobre bronquitis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y asma, aunque todas las patologías respiratorias analizadas aumentan con la contaminación. El NO₂ es el principal factor de riesgo a corto plazo para las enfermedades respiratorias, seguido de PM₁₀ y SO₂.

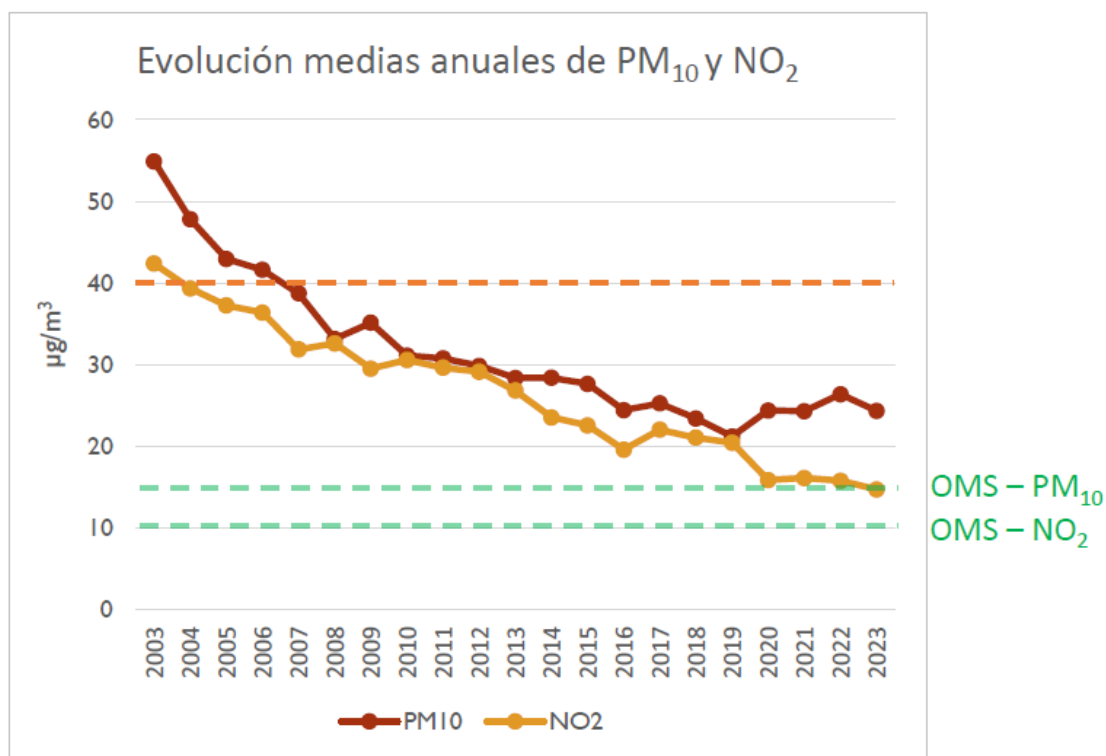


Figura 1: Evolución de las concentraciones medias anuales de PM₁₀ y NO₂ en Asturias (2003–2023).

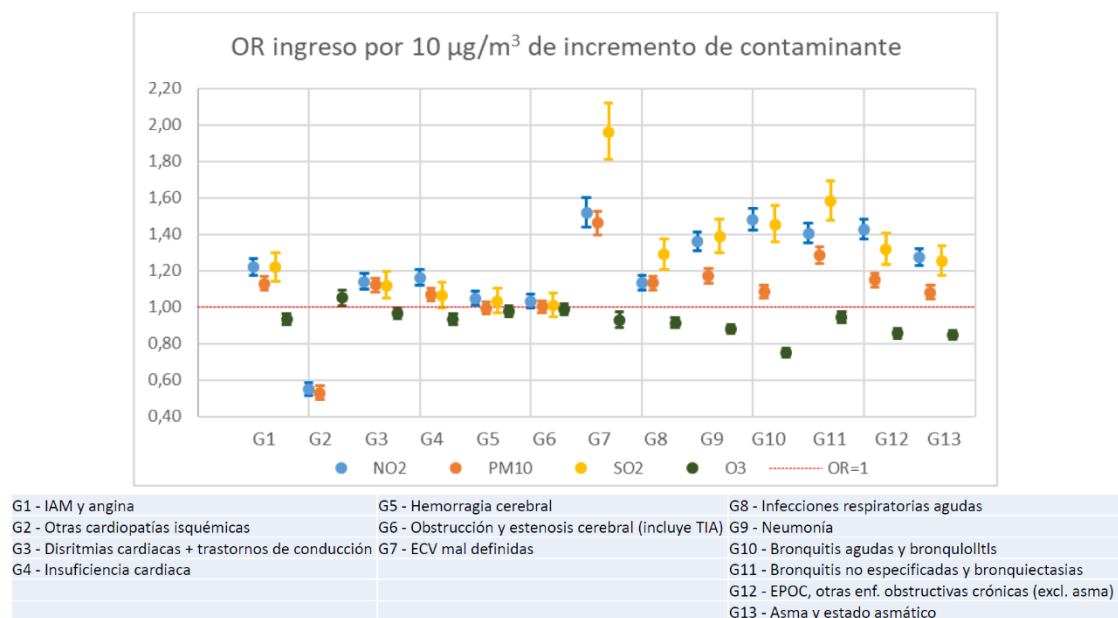


Figura 2: Odds Ratio (OR) de ingresos hospitalarios no programados asociados a un incremento de 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de contaminante, según grupo diagnóstico.

EL LABORATORIO DE FUNCIÓN PULMONAR EN EL DIAGNÓSTICO DE ASMA

AUTORES:

Sergio Domingos Hompanera, Ramón Fernández Álvarez, Marta Iscar Urrutia, Ana Ruiz Martínez, Paloma Fernández Antuña, Rocío López Amaro, Claudia Mañana Valdés, Marina Acebo Castro, Marta María García Clemente

HUCA

INTRODUCCIÓN:

Las pruebas de función pulmonar (PFP) junto a la presentación clínica son elementos necesarios para el correcto diagnóstico del asma. Los algoritmos diagnósticos más recientes recomiendan la utilización de la espirometría y prueba broncodilatadora (PBD), el FeNO bronquial y las pruebas de provocación bronquial inespecífica (PBI) como herramientas para detectar a los sujetos asmáticos. El objetivo de esta comunicación fue valorar el impacto en el diagnóstico de asma de cada una de estas pruebas en un grupo de sujetos en los que la presentación clínica podría sugerir Asma.

MÉTODOS

Con diseño retrospectivo. Se incluyeron 100 sujetos seleccionados de forma aleatoria de la base de datos del Laboratorio de función Pulmonar, que habían sido sometidos a, al menos, dos de las pruebas diagnósticas tomando como referencia el algoritmo de la guía GEMA. (PBD, FeNO y PBI). Se recogieron una serie de datos epidemiológicos (edad, sexo, IMC, hábito tabáquico), los resultados de las pruebas de función pulmonar realizadas y el diagnóstico final que emitió el médico responsable utilizando para ello la historia clínica de los pacientes. Las variables cuantitativas se presentan como media y DS y las cualitativas como porcentajes. Para el estudio analítico se empleó comparación

de medias (t student) en variables cuantitativas y chi cuadrado en cualitativas. Se consideró significativa un p-valor <0,05

RESULTADOS:

Se incluyeron 100 pacientes (40 hombres, 60 mujeres), de 47 años ($\pm 17,9$). Se diagnosticó asma en 48% de los casos y en 52% de ellos fue excluido. Las variables clínicas no mostraron diferencias significativas entre los dos grupos (tabla 1). En 36 casos (75%) el diagnóstico se apoyó en los estudios funcionales: 8 casos (17%) PBD positiva, 14 (29%) FeNO elevado, 14 (29%) PBI positiva. En 12 casos (25%) el diagnóstico se realizó por juicio clínico. En cuanto a la rentabilidad diagnóstica, la PBI se realizó en 38 sujetos y fue diagnóstica en 14 de ellos (37%), el FeNO se midió en 91 sujetos y fue diagnóstico en 17 de ellos (18%), y la PBD se realizó en 91 pacientes y fue positiva en 12 de ellos (13%). En los casos en que se excluyó asma (N=52), se realizaron 46 PBD (88%), 50 FeNO (96%) y 24 PBI (46%).

CONCLUSIONES:

La participación del laboratorio de función pulmonar es determinante en la exclusión y diagnóstico de asma.

La PBD es la de menor impacto en el diagnóstico, y la PBI la de mayor rentabilidad.

Un 25% de casos sustentan el diagnóstico en variables no funcionales.

	ASMA	NO ASMA	P VALOR
N	48	52	
Edad	45 ($\pm$ 18)	49 ($\pm$ 17)	0.2
IMC	26 ($\pm$ 5)	29 ($\pm$ 8)	0.07
Sexo	Mujeres (N=27)	Mujeres (N=33)	0,25
	Hombres (N=21)	Hombres (N=18)	
Tabaco	Sí (N=10)	Sí (N=10)	0,55
	No (N=37)	No (N=39)	
OFA	Sí (N=7)	Sí (N=5)	0,33
	No (N=41)	No (N=47)	
FeNO	42 $\pm$ 50	18 $\pm$ 9	0,002

Tabla 1. Datos clínicos de la muestra del estudio. En aquellas variables cuantitativas (edad, IMC, FeNO) se muestra la media y la desviación estándar. En variables cualitativas (sexo, tabaco, OFA) se muestra el valor numérico de individuos de la muestra de cada categoría

EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON DISCINESIA CILIAR PRIMARIA

AUTORES: Sergio Domingos Hompanera, Claudia Madrid, Ana Ruiz Martínez, Paloma Fernández Antuña, Rocío López Amaro, Claudia Mañana Valdés, Marina Castro Acebo, Marta García Clemente

HUCA

INTRODUCCIÓN:

La discinesia ciliar primaria se caracteriza por infecciones respiratorias de repetición, secundarias a una incapacidad para realizar el aclaramiento mucociliar, provocando de forma progresiva la aparición de bronquiectasias, signos de hiperinsuflación, pérdida de función pulmonar y disminución de la calidad de vida de los pacientes. El objetivo de este trabajo fue valorar la evolución clínica y

funcional, así como los métodos diagnósticos empleados de los pacientes con diagnóstico de discinesia ciliar primaria en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó 14 pacientes con diagnóstico de certeza de discinesia ciliar primaria a seguimiento en nuestro hospital. Se recogieron variables epidemiológicas y clínicas, resultados de las pruebas de función pulmonar al inicio del seguimiento y actualmente, el volumen residual (VR) y VR/TLC, los resultados radiológicos y los resultados de las pruebas diagnósticas. Para realizar el estudio analítico se empleó la comparación de medias (t student) en variables cuantitativas. Se consideró un resultado significativo una $p < 0,05$

RESULTADOS:

La tabla 1 muestra los datos epidemiológicos. 5 pacientes (36%) tenían antecedentes familiares conocidos. Para el diagnóstico se realizó biopsia nasal en 7 pacientes (50%), siendo positiva en 6 (86%); y estudio genético en 9 pacientes siendo positivo en 8 (89%). Los genes afectados fueron RSPH1 (4 pacientes, 50%), CCNO1 (2 pacientes, 25%), DRC1 (1 paciente, 12.5%) y ODAD2 (1 paciente, 12.5%). A nivel funcional se observó un empeoramiento espirométrico FEV1 (-7%, $p=0,57$), FVC (-2,6%, $p=0,35$) y FEV1/FVC (-11%, $p=0,21$) sin significación estadística y datos de atrapamiento aéreo en 9 pacientes (64%). Radiológicamente 13 (93%) presentaron bronquiectasias, 7 áreas en árbol en brote (50%) y 8 impactaciones mucosas (57%). Clínicamente 5 pacientes (35,7%) presentaron clínica compatible con rinosinusitis y 10 pacientes

(71%) tuvieron una infección bronquial crónica, por H. influenzae (50%), P. aeruginosa (40%) y otros microorganismos (10%). Desde el diagnóstico, el 50% requirió al menos un ingreso hospitalario. La tabla 2 se muestran los tratamientos administrados

CONCLUSIONES:

La discinesia ciliar primaria es una patología poco frecuente pero que debe sospecharse en pacientes con bronquiectasias de etiología no filiada

La disponibilidad de los test genéticos han permitido un aumento de diagnóstico etiológico

El retraso diagnóstico en la discinesia ciliar primaria puede provocar una mala evolución clínica

ANEXO

	Resultado
Edad	53±15,2
Sexo	Hombres: 8 (57%)
	Mujeres: 6 (42,9%)
Tiempo hasta diagnóstico	5,82±5,94
Edad diagnóstico	40,67±11,28

Tabla 1. Representación de los datos epidemiológicos obtenidos de la muestra estudiada

	SÍ	NO
Broncodilatador	LABA+GCI (N=3) (21,4%)	N=0 (0%)
	LABA+LAMA+GCI (N=10) (71,4%)	
	LABA+LAMA (N=1) (7,2%)	
TTO nebulizado	Colistina (N=2) (14,3%)	(N=11) (78,6%)
	Tobramicina (N=1) (7,1%)	
Mucolítico	(N=8) (57,1%)	(N=6) (42,9%)
Azitromicina	(N=7) (50%)	(N=7) (50%)
Rehabilitación respiratoria	(N=14) (100%)	(N=0) (0%)
OCD	(N=1) (7,1%)	(N=13) (92,9%)

Tabla 2. Representación del tratamiento empleado en los pacientes de la muestra estudiada. Los datos muestran el número de pacientes con cada opción terapéutica y el porcentaje de la muestra que representan

Tromboembolismo pulmonar y cáncer

Autores

Gaston Figueroa, Laura Maria Afonso Nuez, Juan Gorostidi Perez, Santiago Enrique Gomez Mañas, Pablo Alvarez Vega, Estela Garcia Coya, Cristina Menendez Sanchez, Carmen Osoro Suarez, Susana Calvo Pascual, Maria Rodil Riera, Roberto Fernandez Mellado, Luis Alfonso Sota Yoldi, Ana Rosa Exposito Villegas, Rocio Jimeno Galvan, Maria Jesus Garcia Duran, Margarita Blanco Castro, Noelia Alvarez Alonso, Veronica Irazusta Garcia, Tatiana Margolles Garcia, Maria Angeles Rodriguez Martin, Aida Perez Velasco, Laura Vigil Vigil
Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España

Introducción

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una patología con elevada morbimortalidad y constituye un importante problema de salud pública, con una incidencia aproximada de 1/1000 habitantes/año, probablemente infradiagnosticada. El objetivo de este estudio es analizar las características

sociodemográficas, la etiología y el tratamiento de los pacientes que ingresan por TEP.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional prospectivo que incluyó 400 pacientes ingresados por TEP agudo en el Hospital Universitario de Cabueñes entre el 1/06/2023 y el 31/05/2025. El análisis estadístico se efectuó con SPSS v27.0.

Resultados

La edad media fue de 71,7 años y el 51% eran mujeres. El 13,5% eran fumadores activos. La estancia hospitalaria media fue de 7,8 días. El 28,25% padecían cáncer activo como factor de riesgo, destacando las localizaciones digestiva (29,2%), pulmonar (17,7%) y nefro-urológica (15,9%). Entre los pacientes con cáncer pulmonar (n=20), el adenocarcinoma fue el subtipo predominante (65%), seguido de carcinoma microcítico (20%) y escamoso (15%). Los síntomas más frecuentes al diagnóstico fueron disnea (51,25%), tumefacción de extremidades inferiores (38,5%), dolor en EEII (32,5%) y dolor torácico (30,75%). El síncope se observó en el 12%, la fiebre en el 9,5% y la hemoptisis en el 3,25%. El 6,75% presentó alteración del nivel de consciencia y el 3,25% déficit neurológico.

En fase aguda, el 95% recibió enoxaparina, el 3% fibrinólisis y el 2% otros tratamientos. Al alta, los anticoagulantes más prescritos fueron acenocumarol (24,75%), dabigatrán (24,5%) y bemiparina (19,75%). Tinzaparina (11,5%) y enoxaparina (7,5%) también mostraron presencia relevante, mientras que los ACOD supusieron en conjunto el 34,5% de los tratamientos.

Conclusiones

La prevalencia de cáncer activo en la muestra analizada concuerda con la evidencia científica disponible, que posiciona a la neoplasia como uno de los principales determinantes de riesgo y morbilidad en el TEP. La distribución de las localizaciones tumorales y la alta incidencia del adenocarcinoma de pulmón guardan una estrecha correlación con los perfiles de alta trombogenicidad previamente documentados. Por otro lado, el incremento en la prescripción de ACOD tras el alta hospitalaria —favorecido por la financiación de fármacos como el dabigatrán— refleja una transición hacia terapias con perfiles de eficacia y conveniencia superiores. Estos hallazgos subrayan la importancia de implementar un abordaje individualizado y un seguimiento clínico riguroso tras la fase aguda del evento trombótico.

TABLAS

Localización del cáncer

Origen	Número	Porcentaje (n=113)
Digestivo	33	29.2%
Pulmón	20	17.7%
Nefro-uro	18	15.93%
Hematológico	14	12.39%
Ginecológico	7	6.2%
Mama	7	6.2%
ORL	5	4.42%
SNC	4	3.54%
Origen desconocido	5	4.42%

Tratamiento

Tratamiento inicio en fase aguda

Enoxaparina	380	95%
Fibrinólisis	12	3%
Otros tratamientos	8	2%

Tratamiento al alta

Principio Activo	Recuento	% (n=400)
Acenocumarol	99	24,75%
Warfarina	6	1,5%

Bemiparina	79	19,75%
Tinzaparina	46	11,5%
Enoxaparina	30	7,5%
Fondaparinux	1	0,25%
Dabigatrán	98	24,5%
Endoxabán	23	5,75%
Apixabán	13	3,25%
Rivaroxabán	5	1,25%

IMPACTO DE GÉNERO EN DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA (DAT) EN ASTURIAS

Ana Ruiz Martínez, Carmen Diego Roza, Sergio Domingos Hompanera, Paloma Fernández Antuña, Rocío López Amaro, Marina Acebo Castro, Claudia Mañana Valdés, Marta María García Clemente

HUCA

Introducción: Un artículo reciente mostró el impacto del sexo en pacientes con DAT procedentes del registro EARCO (Arch Bronconeumol. 2025 Jan;61(1):22-30).

Objetivos:

- Primario: comprobar si dicho impacto en pacientes con DAT se observa en Asturias.
- Secundario: describir las características de estos individuos en el momento de la inclusión.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo con pacientes con DAT procedentes del área IV de Asturias incluidos en el registro EARCO desde 2020 hasta octubre/25. Se recogieron datos demográficos, clínicos, función pulmonar y patología en el momento de la valoración inicial. Se realizó un análisis comparativo por sexo. Las variables cuantitativas se expresan como media $\pm$ desviación estándar; las categóricas como frecuencias y

porcentajes. Se utilizó t de Student para comparación de medias y chi-cuadrado para proporciones. Se considera estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: 85 pacientes: 47 mujeres (55,3%) y 38 hombres (44,7%). Edad media: $50,5 \pm 15,2$ años. IMC medio: $25,7 \pm 4,5$. El 62,4% de la cohorte presentaba antecedente tabáquico. No hubo diferencias significativas entre ambos sexos (figura 1). 33% consultó por síntomas respiratorios, 4,7% por síntomas hepáticos y 25,9% por cribado familiar. La disnea fue el síntoma más frecuente (49,4%), seguida de tos (12,9%) y esputo (10,6%). El 41,2% de los pacientes estaban asintomáticos en el momento del diagnóstico. La frecuencia de síntomas fue similar. La patología respiratoria más frecuente fue EPOC (24,7%), enfisema (24,7%), bronquiectasias (14,1%) y asma (10,6%). La prevalencia de EPOC y enfisema tendió a ser mayor en hombres (34%) que en mujeres (17%), aunque sin alcanzar significación estadística ($p = 0,068$). La frecuencia de exacerbaciones fue de un 97,6% para <1 exacerbación ambulatoria, 2,4% para > 2 exacerbaciones ambulatorias y solo un 1,2% precisó hospitalización. No hubo diferencias entre sexos. En cuanto a la función pulmonar, tras el análisis estratificado por sexo, se observaron diferencias significativas en ciertas variables de función pulmonar. Los resultados se muestran en la figura 2. Estos datos sugieren un mayor grado de obstrucción al flujo aéreo en hombres.

Conclusiones: No encontramos diferencias significativas excepto en la función pulmonar (peor en los hombres). No obstante, nuestro estudio sigue subrayando la importancia de considerar el impacto del género en la evaluación y seguimiento del DAT.

Figura 1. Características clínicas por género

Variable	Mujeres (n=47)	Hombres (n=38)	p
Edad (años)	52,5 ± 15,4	48,2 ± 14,8	0,195
IMC	25,1 ± 5,4	26,4 ± 3,3	0,206
Tabaquismo	59,6%	65,8%	0,557

Figura 2. Comparación funcional por género

Parámetro	Mujeres	Hombres	p
FVC (L)	3,24 ± 0,74	4,66 ± 1,26	<0,001
FVC%	100,8 ± 15,9	93,6 ± 18,1	0,060
FEV1 (L)	2,52 ± 0,74	3,19 ± 1,39	0,012
FEV1%	98,6 ± 21,6	80,1 ± 29,9	0,003
FEV1/FVC	0,77 ± 0,11	0,66 ± 0,18	0,002
DLCO (ml/min/mmHg)	6,81 ± 2,86	8,66 ± 4,23	0,040
DLCO%	87,9 ± 23,0	80,6 ± 33,7	0,303
KCO	1,78 ± 1,48	1,37 ± 0,52	0,153
KCO%	86,0 ± 22,3	75,4 ± 28,0	0,080

Voluntades anticipadas en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica: estudio retrospectivo anual en un servicio de Neumología

Paloma Fernández Antuña, Pablo Lozano Cuesta, Manuel Herías Abello, Pablo Llorente Rodríguez, Guillermo López-Arranz Monge, Ina Iordanova Guerassimova, Inés Ruiz Álvarez, Rocío López Amaro, Sergio Domingos Hompanera, Ana Ruiz Martínez, Claudia Mañana Valdés, Marina Acebo Castro, Ramón Fernández Álvarez, Marta García Clemente.
HUCA, Oviedo, España

1. Introducción y objetivos

Las voluntades anticipadas permiten a los pacientes dejar constancia de sus preferencias asistenciales ante posibles situaciones de incapacidad para tomar

decisiones en el futuro. El objetivo del estudio fue determinar la proporción de pacientes ingresados con insuficiencia respiratoria crónica y terapias crónicas domiciliarias (TRD) que disponen de voluntades anticipadas y analizar los factores clínicos relacionados con su registro.

2. Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo y descriptivo donde se incluyeron a pacientes con insuficiencia respiratoria crónica y TRD ingresados en el Servicio de Neumología del HUCA durante el año 2025. De los 2217 episodios de ingreso registrados, 549 correspondieron a pacientes con insuficiencia respiratoria crónica, que tras agruparse por paciente constituyeron una cohorte final de 318 pacientes únicos.

3. Resultados

En la muestra total la edad media fue $69,2 \pm 10,4$ años siendo el 57,9% varones. En cuanto a las TRD, 62,3% recibía OCD, 21,4% VMNI y 16,4% ambos. Por etiología, EPOC fue la más frecuente con 159 casos (50,0%) la mayoría en estadios avanzados. La prevalencia global de voluntades anticipadas fue del 6,3% (20 pacientes).

Se analizaron las características clínicas y demográficas de los 20 pacientes que sí disponían de voluntades anticipadas. La edad media fue de $68,0 \pm 6,6$ años (mediana 66; IC95%: 65,0–70,9). El 60 % varones. En cuanto a TRD, el 60 % utilizaba VMNI, distribución completa en Figura 1. Respecto a la etiología, la causa predominante fue la neuromuscular (65%), en concreto por enfermedad de motoneurona, distribución detallada en Figura 2. El 50 % autorizó la donación de órganos, el 45 % donación de tejidos y otro 10 % para investigación y ciencia.

Las diferencias observadas indican que la presencia de voluntades anticipadas

fue más frecuente en pacientes tratados con VMNI ($p < 0,001$) y en aquellos con patología neuromuscular como enfermedad de base ($p < 0,001$), mientras que no se encontraron diferencias por edad ni por sexo ($p = 0,176$ y $p = 0,982$, respectivamente).

4. Conclusiones

La proporción de pacientes con insuficiencia respiratoria crónica que dispone de voluntades anticipadas es baja. Los casos registrados se concentran principalmente en pacientes con enfermedades neuromusculares. Estos resultados subrayan la necesidad de integrar la planificación anticipada de decisiones y el registro de voluntades anticipadas en la atención habitual de esta población.

FIGURA 1. Tipo terapia respiratoria

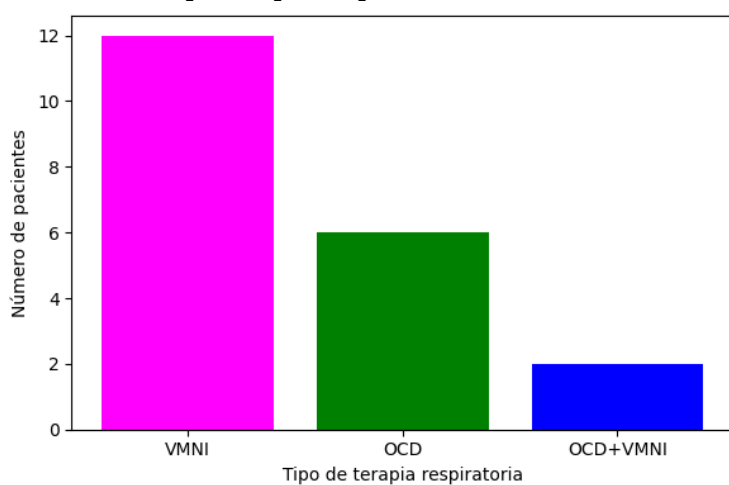
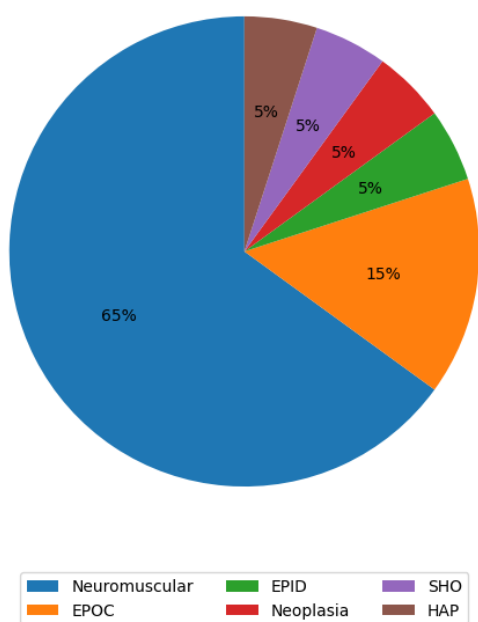


FIGURA 2. Etiología



PRIMEROS PASOS EN LA CONSULTA DE TABAQUISMO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES (GIJÓN)

Autores: Laura Afonso Nuez, Susana Calvo Pascual, Gastón Figueroa, Pablo Álvarez Vega, Estela García Coya, Carmen Osoro Suárez, Santiago Gómez Mañas, Cristina Menéndez Sánchez, María Rodil Riera, Rocío Jimeno Galván, Laura Vigil Vigil.

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad crónica, adictiva, recidivante y prevenible. Empezó a tratarse en los años 50 del siglo pasado. Actualmente todavía mueren más de 50.000 personas en España por causa del Tabaquismo y más de 8 millones cada año a nivel mundial. Existe tratamiento eficiente para tratarla pero en la mayoría de los casos no hay seguimiento. Esta enfermedad presenta dependencia física y psíquica, por ello es prioritario añadir asesoramiento psicológico en la consulta. El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes que consultan y dar a conocer algunos rasgos sobre la abstinencia.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo dirigido a pacientes que acuden a la consulta general de neumología del Hospital Universitario de Cabueñes. Durante las primeras 9 visitas de la consulta de Tabaquismo, del 10 de septiembre al 16 de diciembre del 2025, se han recogido los datos para las distintas variables: las relacionadas con el Tabaquismo (tabla 1), las constantes habituales, enfermedades de riesgo cardiovascular, enfermedades respiratorias, neoplásicas y enfermedades psiquiátricas. Los datos se han introducido en una tabla de excel y se ha utilizado este programa para los cálculos estadísticos.

Resultados: Se incluyeron un total de 38 pacientes, de los cuales el 13% no llegó a acudir a la primera consulta. La mitad de los pacientes fueron varones con una edad media de 59 años, siendo 77 la edad más alta y de 26 la menor. Consumen una media de 19 cigarrillos al día de tabaco tradicional y 17, los que consumen tabaco de liar. El 12% han probado el cigarrillo electrónico y el mismo porcentaje el cannabis. El resto de variables de tabaquismo se presentan en la tabla 1. Las constantes habituales eran normales con una frecuencia cardíaca de 83 latidos por minuto y un índice de masa corporal de 26. De la función pulmonar se obtuvo un 69% del FEV1/FVC con un FEV1 promedio de 73%, siendo de 27% el más bajo. En las enfermedades respiratorias, el 36% presentaron EPOC y el 27% asma. Llama la atención un 45% de patología psiquiátrica con un 21% de Sdm ansioso-depresivo. El tratamiento mayormente utilizado ha sido citisiniclina (42%) y luego vareniclina con un 33%. Otros pacientes han recibido terapia sustitutiva con nicotina (TSN) y tratamiento combinado con vareniclina o citisiniclina con TSN. De los 33 pacientes que acudieron a la consulta, el 27% alcanza la abstinencia en la 2ª visita y aumenta hasta el 36% entre la tercera y cuarta visita, consiguiendo desde una semana hasta ocho semanas de abstinencia.

Conclusiones: Acude a la consulta de Tabaquismo un varón o mujer motivados, con tabaquismo muy grave, con una dependencia física alta y psicológica moderada.

Pese a presentar enfermedad respiratoria se continúa fumando.

La patología psiquiátrica está muy presente en los pacientes fumadores.

La citisiniclina es el fármaco que más se ha utilizado.

Es importante realizar la consulta de tabaquismo ya que se alcanza un 36% de abstinencia en las primeras visitas.

num	CigTradiDV1	CigLiarDV1	IPA	TestFa	Moti	TestRe	TestGN	COeV1
1	15	0	55	7	8	1	20	4
2	20	0	40	8	4	1	21	36
3	40	0	60	6	5	1	11	33
4	30	0	40	8	5	3	23	23
5	0	15	30	8	7	3	26	66
6	0	9	11	6	5	3	18	22
8	10	8	18	4	5	3	15	37
9	40	0	70	7	10	3	34	33
10	14	0	35	7	8	2	16	20
11	20	0	35	6	8	3	20	9
12	0	12	65	7	5	1	13	7
13	20	0	30	7	5	3	15	18
14	25	0	38	7	10	3	12	22
15	10	0	25	6	5	1	13	11
16	27	0	60	7	6	1	16	16
18	30	0	50	9	9	1	21	15
19	19	0	25	6	7	1	26	14
20	10	0	20	7	8	2	14	12
21	0	20	4	6	6	2	8	12
22	0	23	40	8	8	3	9	13
23	12	0	24	7	8	1	18	7
24	10	0	35	7	10	2	11	20
26	0	15	48	7	10	3	28	9
27	0	40	60	8	9	3	32	14
28	10	0	7		6	3		4
30	22	2	46	9	5	3	16	19
32	0	10	20	2	1	2	17	13
33	17	0	18	7	10	1	28	25
34	25	0	24	7	8	1	31	13
35	10	0	20	6	5	3	26	12
36	12	0	20	6	8	2	18	19
37	15	0	45	4	8	3	13	13
38	0	30	32	9	10	2	28	11

Leyenda

Tabla1

CigTradiDV1	Cigarrillos tradicionales al día en la 1ª visita
CigLiarDV1	Cigarrillos de liar al día en la 1ª visita
IPA	Índice Paquetes-año
TestFa	Test de Fagerström
Moti	Motivación
TestGN	Test de Glover Nilsson
COeV1	Monóxido de carbono expirado en la 1ª visita

ESTRATIFICACION DEL RIESGO Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Autores: Gastón Figueroa, Laura Maria Afonso Nuez, Juan Gorostidi Perez, Santiago Enrique Gomez Mañas, Pablo Alvarez Vega, Estela Garcia Coya, Cristina Menendez Sanchez, Carmen Osoro Suarez, Susana Calvo Pascual, María Rodil Riera, Roberto Fernandez Mellado, Luis Alfonso Sota Yoldi, Ana Rosa Expósito Villegas, Rocio Jimeno Galván, Javier Apilanez Tomas, Laura Vigil Vigil. Neumología H.Universitario de Cabueñes

Introduccion y objetivo: En nuestro hospital se ha desarrollado un protocolo para el manejo ambulatorio de pacientes con enfermedad pulmonar tromboembólica actualmente en fase de implantación. Nos planteamos conocer las características de nuestros pacientes en relación con comorbilidad, estratificación del riesgo y mortalidad para estimar la proporción de pacientes candidatos a posible manejo domiciliario.

Material y métodos: revisión de pacientes incluidos en el Registro Informatizado de Enfermedad Tromboembólica RIETE entre el 1-6-2023 y 31-5-2024, mediante sistema estadístico del RIETE y Excel.

Resultados: se incluyeron 172 pacientes, con tromboembolismo al ingreso o durante el mismo. La edad media fue de 72 años, 56% varones, la duración del ingreso fue de 9.4 días. Los síntomas más frecuentes fueron la disnea y el dolor torácico (66 y 43%), un 18% debutaron como síncope, 2 presentaron shock y uno parada cardiorrespiratoria. 12 pacientes fueron clasificados como de alto riesgo,

35 riesgo intermedio alto y 106 intermedio bajo. 19 presentaban riesgo bajo. 10 pacientes precisaron ingreso en UCI y 4 fibrinosis.

La estratificación del riesgo por escala PESIs mostró un 19% con riesgo bajo (PESIs=0). De los restantes un 32% presentaban enfermedad oncológica y un 32% comorbilidad cardiopulmonar como factores de riesgo. Un 25% presentaba otros criterios Hestia y un 33% asociaban trombosis venosa profunda, que desaconsejaban manejo ambulatorio.

Un 44% presentaban defectos centrales o principales o alta carga trombótica y un 23% un cociente VD/VI mayor o igual a 1 en el angioTC, y un 23% presentaba disfunción de VD en ecocardiografía. Un 25% presentaba alteración de marcadores cardíacos (troponina y/o proBNP).

Un 11% presentaron complicaciones, entre ellas 4 recurrencias, 4 nuevas trombosis venosas y 10 hemorragias (4 mayores). 6 pacientes presentaron hipertensión pulmonar crónica en el seguimiento. La mortalidad a corto plazo (un mes) fue del 7%, un 50% atribuida a neoplasia y en los restantes a comorbilidades significativas. A largo plazo (diciembre de 2025) fue del 21%.

Conclusiones: en nuestra muestra solamente un 19% cumpliría criterios PESIs de estratificación como riesgo bajo y un 11% de tratamiento ambulatorio ampliando criterios de exclusión (Hestia, características analíticas o radiológicas, otras comorbilidades). Los pacientes que presentaron mortalidad a corto plazo fueron bien identificados con estas herramientas.

COMUNICACIONES

6 de marzo

15.45	CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE LOS CRITERIOS DE OBSTRUCCIÓN EN ESPIROMETRÍA
15.52	UNA DÉCADA DE EXPERIENCIA CON VARENICLINA EN UNA UNIDAD DE TABAQUISMO
15.59	UTILIDAD DE SENSOR DE OXIMETRÍA DE FRENTE RESPECTO A SENSOR DE DEDO EN PACIENTES CON EPOC Y PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL
16.06	EXTRACCIÓN DE CRIOBIOPSIA TRANSBRONQUIAL A TRAVÉS DEL CANAL DE TRABAJO (C-TBCB): UNA TÉCNICA QUE REDEFINE LA SEGURIDAD Y EFICIENCIA EN EL DIAGNÓSTICO DE EPID
16.13	EXTRACCIÓN DE CRIOBIOPSIA MEDIASTÍNICA A TRAVÉS DEL CANAL DE TRABAJO (C-CRYO-EBUS): UN NUEVO ESTÁNDAR EN SEGURIDAD Y EFICIENCIA
16.20	REESTADIFICACIÓN MEDIASTÍNICA EN CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA: COMPARACIÓN ENTRE EBUS-TBNA Y CRIOBIOPSIA MEDIASTÍNICA (CRYO-EBUS) TRAS TERAPIA NEOADYUVANTE
16.27	IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON TEZEPELUMAB EN LA REMISIÓN CLÍNICA Y BIOLÓGICA DEL ASMA GRAVE: ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN VIDA REAL
16.34	UTILIDAD DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO DE ERGOESPIROMETRÍA EN LA DISNEA PERSISTENTE POSTINFECCIOSA
16.41	EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS CASOS DE SILICOSIS DIAGNOSTICADOS EN EL INS (2010–2024)

CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE LOS CRITERIOS DE OBSTRUCCIÓN EN ESPIROMETRÍA

Álvaro Fernández Serrano, Macarena Corrales López, Lucía Gimeno Fernández, Andrés Alustiza Ramos, Pablo Fernández Álvarez, Ricardo Rodríguez Seoane, Juan Rodríguez López, Jennifer Jiménez Jiménez, Manuel Villanueva Montes, Fernando Álvarez Navascués, Belén María Miranda Fernández, José Antonio Gullón Blanco, Jesús Allende González.

H. San Agustín de Avilés

Introducción:

Los principales criterios para definir obstrucción en espirometría según el FEV_1/FVC son: el cociente fijo $<0,70$, predominante en la práctica clínica habitual; el z-score y el límite inferior de la normalidad (LIN). El objetivo fue evaluar la concordancia entre estos tres criterios y analizar las diferencias diagnósticas en función de cada uno.

Material y Métodos:

Estudio observacional retrospectivo de 223 espirometrías realizadas en consultas externas de Neumología. Se recogieron variables de edad, talla, tabaquismo, diagnóstico respiratorio previo y tratamiento broncodilatador. Se evaluó la presencia de obstrucción según cociente fijo, z-score de FEV_1/FVC y LIN calculado mediante GLI-ERS. Se construyó una curva ROC tomando el cociente fijo como patrón de referencia y se calcularon el índice de Youden y el índice Kappa de Cohen. Se analizaron factores asociados a discordancia (edad, sexo, talla).

Resultados:

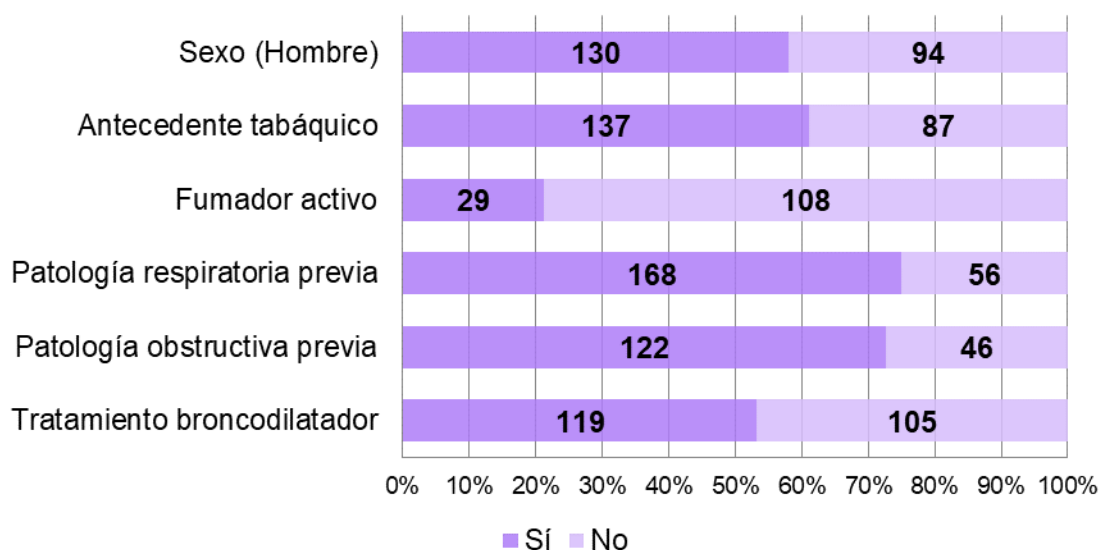
El z-score mostró una excelente capacidad discriminativa frente al cociente fijo (AUC 0,977; IC 95%: 0,960–0,993), con un punto de corte óptimo en $-1,25$ (Youden 0,866; $p<0,001$). Se registraron 31 pacientes clasificados como obstructivos por el valor fijo pero no por z-score ni LIN, y solo 1 caso en sentido contrario. La discordancia dependió de la edad: 0% en <45 años y $\sim 25\%$ en 45–

65 y >65 años, sin diferencias por sexo o talla. La concordancia entre cociente fijo y z-score/LIN fue buena (Kappa 0,71). El z-score presentó concordancia total con LIN (S=100%, E=100%; Kappa 1; AUC 1). La prevalencia de obstrucción fue del 50% según cociente fijo y del 37% según z-score/LIN.

Conclusiones:

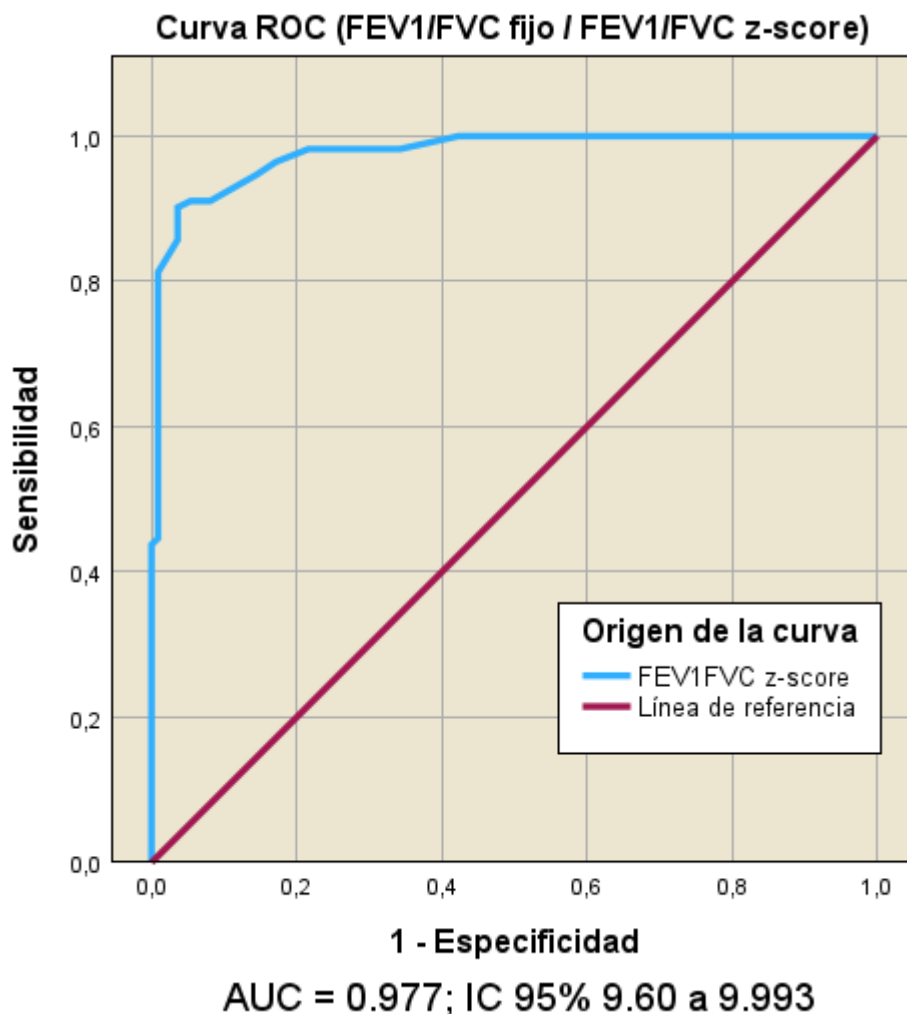
El z-score del FEV₁/FVC mostró una elevada precisión para detectar obstrucción definida por el cociente fijo y una concordancia total con el LIN. El cociente fijo tendió a sobreestimar obstrucción en pacientes de mayor edad, generando discordancias clínicamente relevantes. Los resultados apoyan emplear criterios basados en la distribución poblacional (z-score y LIN) para una valoración diagnóstica más ajustada en la práctica clínica.

Características de la muestra



Resultados de las espirometrías

		FEV ₁ /FVC z-score/LIN		Total
		No obstrucción	Obstrucción	
FEV ₁ /FVC fijo	No obstrucción	110	1	111
	Obstrucción	31	81	112
Total		141	82	223



Una década de experiencia con Vareniclina en una Unidad de Tabaquismo

Lucía Gimeno Fernández, Macarena Corrales López, Álvaro Fernández Serrano, Andrés Alustiza Ramos, Juan Rodríguez López, Concepción Rodríguez García, Jose Antonio Gullón Blanco, Manuel Ángel Villanueva Montes, Jennifer Jiménez Pérez, Manuel Ricardo Rodríguez Seoane, Pablo Fernández Álvarez, Fernando José Álvarez Navascués, Belén Miranda Fernández, Jesús Allende González

Hospital Universitario San Agustín, Avilés, España

Objetivo: describir nuestra experiencia en el tratamiento del tabaquismo con Vareniclina e identificar algún factor que se asocie con mejores resultados.

Material y métodos: utilizamos una base de datos prospectiva que incluyó a los pacientes tratados con Vareniclina en la Unidad de Tabaquismo entre 2011 y 2021. Se excluyeron los que únicamente acudieron a la primera consulta. Para el estudio estadístico se utilizó el programa SPSS, utilizando para variables cuantitativas chi-cuadrado y para cualitativas T de student. Se realizó un modelo de regresión logística, utilizando como factor dependiente la no abstinencia al año. Significación estadística con una $p < 0.05$.

Resultados: La muestra es de 310 pacientes. Las características se describen en las Tablas 1 y 2. La abstinencia a los 3, 6 y 12 meses fue de 51,3%, 40% y 36,5% respectivamente. Un 27% de los pacientes presentó efectos adversos; llegando a suspenderlo un 11%.

Únicamente se obtuvo asociación estadísticamente significativa con la abstinencia al año en función del número de cigarrillos/día fumados, siendo, los pacientes que menos cigarrillos/día fumaban, los que obtuvieron mejores resultados de abstinencia al año ($p = 0.043$). No se halló significación estadística con el resto de variables analizadas y la abstinencia a un año (Tabla 2), aunque sí se encontró significación estadística entre la abstinencia a los 3 meses en pacientes con intentos previos (54,4% versus 35,4%; $p = 0,03$); y a los 6 meses entre los que tardaban más de 5 minutos en fumar el primer cigarrillo tras levantarse (46,4% versus 32,4%; $p = 0,012$). En el análisis multivariante, fumar el primer cigarrillo dentro de los 5 primeros minutos tras levantarse fue el único factor predictor independiente de fracaso del tratamiento, con un OR de 2,51 (IC 95%: 1,15-5,47, $p = 0,02$).

En relación con la dependencia, aquellos con un Fagerström más bajo mostraban una mayor tendencia a la abstinencia frente aquellos con una puntuación mayor. Por contra, en cuanto a la motivación, no se hallaron diferencias significativas en la abstinencia entre aquellos que presentaban un Richmond bajo frente a aquellos que tenían uno más alto, obteniendo incluso mejores tasas de abstinencia los pacientes con puntuaciones más bajas (60.5% versus 43.3%).

Conclusiones:

- Vareniclina es un fármaco eficaz con altas tasas de cesación tabáquica, independientemente del grado de motivación del paciente y las comorbilidades.
- El fumar menos cigarrillos al día, no haber hecho intentos previos y fumar el primer cigarrillo después de 5 minutos parecen ser los factores más importantes como predictores de éxito del tratamiento.
- Fumar el primer cigarrillo dentro de los cinco primeros minutos tras levantarse es un marcador clave de dependencia a la nicotina y un fuerte predictor de fracaso terapéutico, lo que podría identificar a los pacientes que requieren intervenciones farmacológicas y cognitivo-conductuales más intensivas.
- Los efectos secundarios son habituales pero, por su eficacia, Vareniclina debe continuar siendo un tratamiento de primera línea para la cesación tabáquica.

Características	Media o %
<u>Pacientes</u>	
*Edad	53,65
*Sexo femenino	50%
*Fagerström	5,64
*Primer cigarrillo <5min	43,2%
*Richmond	8,12
*Cooximetría	27,75
*Cigarrillos/día	20,60
*Paquetes-año	38,18
*Intento previo	84,2%
<u>Comorbilidad</u>	
*EPOC	22,6%
*Asma	21%
*EPID	1,9%
*Cardiopatía isquémica	6,8%
*Ictus	2,9%
*Neoplasia pulmonar	1,3%
*Neoplasia ORL	0,6%
*Neoplasia vejiga	0,3%
*Isquemica crónica MMII	2,3%
*Patología psiquiátrica	22,6%

Tabla 1. Características generales pacientes

Características	Abstinencia 1 año	P
Sexo		0,409
*Hombre	38,7%	
*Mujer	34,2%	
Comorbilidad		0,267
*Sí	32,6%	
*No	41,7%	
EPOC		0,675
*Sí	38,6%	
*No	35,8%	
Neoplasia pulmonar		0,571
*Sí	50,0%	
*No	36,3%	
Patología psiquiátrica		0,202
*Sí	30,0%	
*No	38,3%	
Intento previo		0,383
*Sí	38%	
*No	29,2%	
Fagerström		0,668
*Alta	35,8%	
*Moderada	35%	
*Baja	42,2%	
<5 min primer cigarro		0,069
*Sí	31%	
*No	41%	
Richmond		0,244
*Alta	43,3%	
*Moderada	51,6%	
*Baja	60,5%	

Tabla 2. Análisis univariante al año de tratamiento

Utilidad de sensor de oximetría de frente respecto a sensor de dedo en pacientes con EPOC y pacientes con enfermedad pulmonar intersticial

Autores: Marta Sánchez-Zaballos; Lucía Cervero Díaz; Paula de la Fuente Sánchez; Marta Íscar Urrutia.
H.U.C.A

Introducción: El uso de sensor de frente en el test de la marcha de 6 minutos (TM6M) para determinación de oximetría ha demostrado ser más fiable que el sensor tradicional de dedo en pacientes con enfermedades pulmonares vasculares, intersticiales y esclerosis sistémica. Sin embargo, las investigaciones que abordan dicha circunstancia son escasas y se limitan a pacientes con patología sistémica conocida, existiendo un vacío necesario explorar en pacientes con otras enfermedades respiratorias. El objetivo del estudio fue conocer si existen diferencias significativas entre la medición de oximetría en frente y dedo en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y pacientes con Enfermedad Pulmonar Intersticial (EPID).

Metodología: se realizó un estudio descriptivo transversal entre febrero y noviembre de 2025. Los pacientes fueron divididos en dos grupos en función de la enfermedad que padecían (EPOC o EPID), siguiendo los criterios de inclusión: ser mayor de edad, aceptar voluntariamente participar y completar el consentimiento informado firmado. Los motivos de exclusión fueron: padecer comorbilidad asociada de enfermedad sistémica del tejido conectivo (sarcooidosis), autoinmune (esclerosis sistémica-esclerodermia) o síndrome de Raynaud, pacientes que mostraban signos de mala perfusión distal o refirieron fenómenos de parestesias, poiquiloterapia o palidez. Se recogieron las variables clínicas: sexo, edad, diagnóstico principal, peso, talla, tensión arterial, puntuación subjetiva de fatiga y cansancio de piernas, distancia recorrida en metros en el TM6M, SatO₂ en reposo y, durante el ejercicio, frecuencia cardíaca en reposo, durante el ejercicio y 1 minuto tras finalizar. El T6M se realizó siguiendo los estándares de la ATS/ERS, monitorizando la SaO₂ y la FC con dos dispositivos NellcorTM PM10N: uno con sensor digital colocado en el dedo índice o medio de la mano derecha y otro con sensor de frente, previa limpieza de la zona con alcohol. Para el procesamiento estadístico se utilizó el software R 3.6.3, realizando un análisis descriptivo de la muestra y análisis bivariante previa comprobación de criterios de normalidad. Se evaluó la concordancia entre las medidas obtenidas en el dedo y a través del sensor de la frente para el momento basal, en el momento 1, 6 y en la diferencia final menos inicial (6-1) con gráficos Bland-Altman y el coeficiente de correlación intraclase (ICC).

Resultados: la muestra se compuso de 33 participantes, con media de edad de 68,33 años (Dt 10,06) y distribución similar en cuanto a género (45,55% mujeres) (Tabla 1). La diferencia de edad entre el grupo EPID (media 72,91; Dt 8,90) y el grupo EPOC (media 66,05; Dt 10,01) fue estadísticamente significativa ($p = 0,018$; Tabla 1). Se comprobó concordancia entre los dispositivos para las medidas analizadas excepto para la SaO₂ basal en ambos grupos (ICC 0,442 EPID vs 0,606 EPOC), y la diferencia 6-1 de la SaO₂ en el grupo EPID (ICC 0,677) (Figura 1).

Conclusiones: la medición de oximetría en frente durante el test de la marcha en pacientes con diagnóstico de EPOC y diagnóstico de EPID resulta igual de útil que la medición tradicional en dedo.

Tabla 1. Análisis descriptivo y bivalente de la muestra

	EPID	EPOC	TOTAL	p
	Media (Dt)	Media (Dt)	Media (Dt)	
Género				
Femenino (n,%)	4 (36,4)	11 (50)	15 (45,45)	0,458 ^a
Masculino (n,%)	7 (63,6)	11 (50)	18 (54,55)	
Edad	72,91 (8,90)	66,05 (10,01)	68,33 (10,06)	0,018^b
Peso	75,77 (18,71)	69,81 (16,45)	71,86 (17,19)	0,364 ^c
Talla	163,27 (8,95)	163,26 (8,18)	163,26 (8,30)	0,997 ^c
TAS	135,91 (17,82)	133,32 (25,54)	134,18 (22,99)	0,730 ^c
TAD	71,55 (21,89)	73,09 (9,83)	72,57 (16,61)	0,846 ^b
TAM	93,00 (18,90)	93,05 (12,26)	93,11 (14,52)	0,863 ^b
BORG Disnea Basal	0,73 (0,90)	1,41 (1,89)	1,18 (1,64)	0,357 ^b
BORG MMII Basal	0,27 (0,90)	0,77 (1,31)	0,60 (1,19)	0,259 ^b
FC Dedo Basal	79,73 (13,80)	76,86 (9,98)	77,48 (11,28)	0,673 ^b
FC Frente Basal	80,44 (14,66)	75,11 (9,34)	76,82 (11,32)	0,444 ^b
SaO2 dedo 6	89,45 (3,93)	91,32 (4,82)	90,69 (4,57)	0,246 ^c
SaO2 frente 6	91,54 (5,76)	92,77 (4,93)	92,36 (5,17)	0,553 ^c
FC dedo 6	123 (27,14)	108,22 (15,31)	113,15 (20,83)	0,117 ^c
FC frente 6	122,18 (26,58)	107,95 (15,64)	112,69 (20,68)	0,124 ^c
FC Dedo Reposo	106,66 (26,70)	91,31 (11,22)	96,25 (18,66)	0,131 ^c
FC Frente Reposo	105,45 (24,59)	92,81 (12,09)	97,03 (17,92)	0,132 ^c
SaO2 dedo Basal	96,18 (2,09)	95,45 (2,67)	96,25 (2,44)	0,399 ^c
SaO2 frente Basal	98,27 (1,79)	97,05 (2,61)	97,89 (2,26)	0,200 ^b
Metros recorridos	447 (77,18)	438,45 (86,65)	441,30 (82,49)	0,77 ^c

a. Chi cuadrado; b. Wilcoxon; c. t student

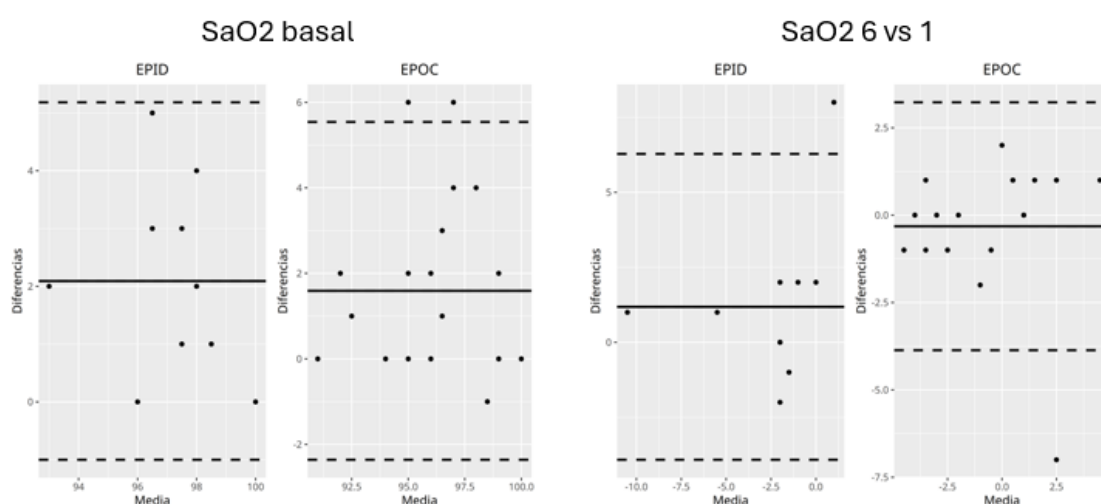


Figura 1. Gráficos de Bland-Altman

EXTRACCIÓN DE CRIOBIOPSIA TRANSBRONQUIAL A TRAVÉS DEL CANAL DE TRABAJO (C-TBCB): UNA TÉCNICA QUE REDEFINE LA SEGURIDAD Y EFICIENCIA EN EL DIAGNÓSTICO DE EPID

Paloma Fernández Antuña, Miguel Ariza Prota, Lucía García Alfonso, Ángela Lanza Martínez, Immaculada Sánchez, María Gil, Sandra Fernández Rodríguez, Francisco López González, Marta García Clemente. Hospital Universitario Central de Asturias. Unidad de Neumología Intervencionista.

INTRODUCCION: La criobiopsia transbronquial (TBCB) es fundamental en el diagnóstico de enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID). No obstante, la técnica convencional exige retirar en bloque el broncoscopio, la sonda y la muestra, provocando la pérdida de visión de la vía aérea y prolongando el procedimiento. Para optimizar esta práctica, presentamos una técnica novedosa de extracción a través del canal de trabajo (In-channel), desarrollada en el HUCA para mantener la visualización endoscópica continua y mejorar la seguridad.

OBJETIVOS: A) Evaluar la factibilidad y seguridad de extraer criobiopsias pulmonares directamente a través del canal de trabajo del broncoscopio. B) Analizar el rendimiento diagnóstico y la calidad arquitectural de las muestras en una cohorte de 20 pacientes. C) Cuantificar la eficiencia procedimental mediante el tiempo de exploración.

MATERIAL Y METODOS: Estudio prospectivo realizado en la Unidad de Neumología Intervencionista del HUCA (Enero 2025-Noviembre 2025) que incluyó a 20 pacientes sometidos a C-TBCB. Se utilizó un broncoscopio terapéutico (canal de 2.8 mm) y una criosonda de 1.7 mm. Bajo anestesia general e intubación orotraqueal, se posicionó la sonda en el segmento diana y se activó durante 3 segundos. La extracción se realizó traccionando la sonda por el canal

de trabajo sin retirar el broncoscopio, permitiendo la monitorización constante del balón de oclusión y de posibles sangrados en tiempo real.

RESULTADOS: La edad media fue de 65,8 años, con un predominio de 24 varones (80%). Todas las criobiopsias se recuperaron con éxito a través del canal de trabajo, alcanzando un rendimiento diagnóstico del 100% (20/20). No se observaron complicaciones ni daños en el broncoscopio. Los tiempos medios del procedimiento fueron de $14,9 \pm 5,8$. Las muestras (diámetro medio 0.62 cm) conservaron una arquitectura excelente para la interpretación histopatológica. Predominaron patrones de UIP (neumonía intersticial usual), sarcoidosis y neumonitis por hipersensibilidad en los casos realizados. En la tabla 1 se presentan las características generales del procedimiento.

CONCLUSIONES: La técnica C-TBCB es una alternativa factible, reproducible y segura que optimiza el flujo de trabajo clínico. Al permitir una visualización ininterrumpida, mejora el control sobre complicaciones críticas como el sangrado y garantiza la correcta posición del bloqueador bronquial, sin comprometer la calidad diagnóstica de la muestra. Su simplicidad técnica y su perfil de seguridad sugieren un potencial para su adopción generalizada, incluso en entornos con menos experiencia. Es necesario realizar más estudios prospectivos multicéntricos para validar estos hallazgos.

Tabla 1. Características generales de C-CBTB.

	C-TBCB
Número de casos	20
Edad media (años)	65.8
Mujeres/Varones (%)	20/80
Muestras obtenidas (%)	100%
Muestra representativa (%)	100%
Diagnostic yield (%)	100%
Media de criobiopsias obtenidas	3
Lóbulos más biopsiado	LID
Tiempo de procedimiento (min)	14.9 ± 5.8 (7–25.8)
Diámetro medio de las muestras (cm)	0.62
Complicaciones	No
Daño broncoscopio	No
Diagnósticos (n)	NIU (5) Sarcoidosis (4) NH (5) FPI (2) Asbestosis (1) Silicosis (1) Neumonía eosinofílica (2)

Los datos se presentan como media (rango) o media ± desviación estándar (DE). C-TBCB: criobiopsia transbronquial por canal; NIU: neumonía intersticial usual; FPI: fibrosis pulmonar idiopática; LID: lóbulo inferior derecho.

EXTRACCIÓN DE CRIOBIOPSIA MEDIASTÍNICA A TRAVÉS DEL CANAL DE TRABAJO (C-CRYO-EBUS): UN NUEVO ESTÁNDAR EN SEGURIDAD Y EFICIENCIA

Ana Ruíz Martínez, Miguel Ariza Prota, Lucía García Alfonso, Ángela Lanza Martínez, Immaculada Sánchez, María Gil, Sandra Fernández Rodríguez, Francisco López González, Marta García Clemente. Hospital Universitario Central de Asturias. Unidad de Neumología Intervencionista.

INTRODUCCIÓN: La criobiopsia mediastínica (Cryo-EBUS) ofrece muestras de mayor calidad y tamaño que la punción convencional (TBNA). Sin embargo, la técnica tradicional requiere la extracción en bloque del ecobroncoscopio y la criosonda, provocando la pérdida de visión de la vía aérea y prolongando el procedimiento. Para optimizar esta práctica, la Unidad de Neumología Intervencionista del HUCA ha desarrollado una técnica de extracción a través del canal de trabajo (In-channel). Este método permite recuperar la biopsia preservando la visualización endoscópica y ecográfica continua, simplificando el flujo de trabajo y garantizando una monitorización constante del punto de punción.

OBJETIVOS: 1) Evaluar la factibilidad de extraer criobiopsias mediastínicas directamente a través del canal del EBUS 2) Analizar el rendimiento diagnóstico y la seguridad del procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo (enero-noviembre 2025) en 100 pacientes (62% mujeres, 38% varones) sometidos a C-Cryo-EBUS por adenopatías mediastínicas/hiliares. Se empleó un ecobroncoscopio lineal (canal 2.2 mm) y criosonda de 1.1 mm. Tras identificar la estación ganglionar, se aplicó el método Ariza-Pallarés: tunelización con aguja 22G bajo guía ecográfica en tiempo real, seguida de inserción de criosonda y congelación durante 3 segundos. La muestra se recuperó mediante extracción directa a través del canal de trabajo sin retirar el EBUS, garantizando la visualización endoscópica y ecográfica continua de la vía aérea y el punto de punción.

RESULTADOS: La cohorte presentó una edad media de 52 años (rango: 24–87 años), con una distribución por sexo del 58% de mujeres y 42% de varones. Se logró la

extracción exitosa por canal en el 100% de los casos, obteniendo muestras con arquitectura preservada. El rendimiento global fue del 97%, permitiendo el diagnóstico de patologías complejas como adenocarcinoma, sarcoidosis, linfoma y metástasis de carcinoma renal. El tiempo medio del procedimiento fue de 16.3 ± 6.1 minutos. No se reportaron complicaciones. La inspección técnica posterior confirmó la ausencia de daños en el canal de trabajo del EBUS. Los resultados se muestran en la Tabla 1.

CONCLUSIONES: La técnica C-Cryo-EBUS es un método seguro, reproducible y altamente eficaz. Al eliminar la necesidad de reintroducir el broncoscopio repetidamente, se acorta el tiempo procedimental y se mejora el flujo de trabajo y se acorta la curva de aprendizaje. La visualización constante del punto de biopsia aumenta la seguridad del paciente al permitir una respuesta inmediata ante posibles eventos adversos. En la totalidad de las muestras positivas para neoplasia, el tejido obtenido fue óptimo para la realización de estudios de patología molecular y biomarcadores.

Tabla 1. Características generales y rentabilidad diagnóstica de C-Cryo-EBUS.

	C-Cryo-EBUS
Total de pacientes	100
Edad media (años)	52
Mujeres/Varones (%)	58/42
Muestras obtenidas (%)	100%
Muestra representativa (%)	97%
Sensibilidad diagnóstica (%)	97%
Especificidad diagnóstica (%)	100%
Número de criobiopsias por estación ganglionar	3
Estación más biopsiada	Estación 7
Tiempo de procedimiento (min)	16.3 ± 6.1 (7–29.2)
Diámetro medio de la muestra (cm)	0.48
Complicaciones	0
Daño al ecobroncoscopio	0
Diagnósticos (n)	Adenocarcinoma pulmonar (39) Sarcoidosis (12) Carcinoma escamoso (25)

	Antracosis (9) Carcinoma renal (3) Linfoma de Hodgkin (3) Tuberculosis (2) Linfoma Células B (4)
--	--

REESTADIFICACIÓN MEDIASTÍNICA EN CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA: COMPARACIÓN ENTRE EBUS-TBNA Y CRIOBIOPSIA MEDIASTÍNICA (CRYO-EBUS) TRAS TERAPIA NEOADYUVANTE

Paloma Fernández Antuña, Miguel Ariza Prota, Lucía García Alfonso, Ángela Lanza Martínez, Immaculada Sánchez, María Gil, Sandra Fernández Rodríguez, Francisco López González, Marta García Clemente. Hospital Universitario Central de Asturias. Unidad de Neumología Intervencionista.

INTRODUCCION: La reestadificación mediastínica precisa tras la terapia neoadyuvante es crucial para determinar la resecabilidad quirúrgica en el cáncer de pulmón de célula no pequeña (CPCNP). Aunque el EBUS-TBNA es la técnica estándar, su sensibilidad disminuye tras el tratamiento debido a la fibrosis y la necrosis ganglionar. La criobiopsia mediastínica (CRYO-EBUS) surge como una herramienta complementaria capaz de obtener muestras tisulares de mayor volumen, facilitando la identificación de enfermedad residual.

OBJETIVOS: A) Comparar la precisión diagnóstica del CRYO-EBUS frente al EBUS-TBNA convencional en la reestadificación mediastínica. B) Evaluar la seguridad de la criobiopsia en ganglios previamente tratados con quimio-radioterapia. C) Determinar el impacto de la técnica en la toma de decisiones quirúrgicas.

MATERIAL Y METODOS: Estudio prospectivo realizado en la Unidad de Neumología Intervencionista del HUCA (abril 2024 – noviembre 2025) que incluyó a 10 pacientes con CPCNP en estadio III que completaron tratamiento neoadyuvante. En cada paciente se evaluaron las estaciones ganglionares sospechosas mediante EBUS-TBNA (aguja de 22G) seguido de CRYO-EBUS (criosonda de 1.1 mm) en el mismo procedimiento. Se utilizó el método Ariza-Pallarés para la tunelización previa. Los resultados negativos y no diagnósticos se contrastaron con la anatomía patológica quirúrgica (linfadenectomía) como Gold standard.

RESULTADOS: Este estudio incluyó a 6 mujeres (60%) y 4 varones (40%), con una edad media de $57,63 \pm 9,60$ años (rango: 37–72 años). Todos los pacientes se sometieron a pruebas de imagen PET-TC antes y después de la terapia neoadyuvante. Las características basales y generales se muestran en la Tabla 1. El CRYO-EBUS demostró una sensibilidad superior (90%) en comparación con el EBUS-TBNA (60%) para detectar persistencia de enfermedad (N+). La tabla 2 muestra los diagnósticos obtenidos por ambas técnicas. El valor predictivo negativo (VPN) fue significativamente mayor con la criobiopsia (67% vs 33%) (Tabla 3). Las criobiopsias proporcionaron muestras de mayor tamaño (diámetro medio 0,5 cm), permitiendo diferenciar claramente entre fibrosis post-tratamiento y tejido tumoral viable, algo difícil en las muestras citológicas. No se registraron complicaciones.

CONCLUSIONES: El CRYO-EBUS es una técnica prometedora para la reestadificación mediastínica en pacientes con CPCNP tras terapia neoadyuvante. El CRYO-EBUS mejora significativamente el rendimiento diagnóstico, reduce las

tasas de falsos negativos y proporciona muestras de mayor calidad, aptas para análisis moleculares e inmunohistoquímico. Además, la implementación del EBUS-TMC puede reducir la necesidad de procedimientos invasivos como la mediastinoscopia, minimizando los riesgos procedimentales, la ansiedad del paciente y los costes sanitarios.

Tabla 1. Características generales.

Los datos se presentan como media (rango) o media $\pm$ desviación estándar.

	n/Media $\pm$ DE	%
• Mujeres • Varones • Edad	6 4 57.63 $\pm$ 9.60	60 40
TBNA por estación	3	
Criobiopsias por estación	3	
ROSE	6	60
TBNA/CRYO-EBUS estaciones ganglionares		
• 4R • 4L • 2R • 7	4 2 1 3	40 20 10 30
EBUS-TBNA		
Positivo para malignidad	4	40
Negativo para malignidad	3	30
No diagnóstico	3	30
CRYO-EBUS		
Positivo para malignidad	7	70
Negativo para malignidad	2	20
No diagnóstico	1	10
Diagnosticado por EBUS-TMC	9	90
Diagnosticado por EBUS-TBNA	6	60
Mediastinoscopias	3	30
Complicaciones	0	0

Tabla 2. Diagnósticos obtenidos por EBUS-TBNA y CRYO-EBUS.

	EBUS-TBNA (N/%)	CRYO-EBUS (N/%)
Diagnósticos:		
Adenocarcinoma pulmonar	3 (30%)	5 (50%)
Carcinoma escamoso pulmonar	1 (10%)	2 (20%)
Carcinoma adenoescamoso pulmonar	1 (10%)	1 (10%)
CPCNP no específico	1 (10%)	
Adecuación de la muestra para análisis molecular e inmunohistoquímico	3 (30%)	9 (90%)

Tabla 3. Rentabilidad diagnóstica de ambas técnicas.

	CRYO-EBUS	EBUS-TBNA
S (%)	90	60
E (%)	100	100
VPP (%)	100	100
VPN (%)	67	33

IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON TEZEPELUMAB EN LA REMISIÓN CLÍNICA Y BIOLÓGICA DEL ASMA GRAVE: ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN VIDA REAL

Tamara Hermida Valverde¹, Raquel García Hernández², Abel Pallarés Sanmartín³, Marina Blanco Aparicio⁴, Victoria García-Gallardo Sanz⁵, Uxío Calvo Álvarez⁶, Luis Carazo Fernández⁷, Silvia Dorronsoro Quintana⁸, Inés Carrascosa Anguiano⁹, Ignacio Lobato Astiárraga¹⁰, Idania De Los Santos¹¹, Ana Isabel Enríquez Rodríguez¹, Luis Pérez De Llano¹², Adil Hannaoui Anaaoui¹³, Pablo Álvarez Vega¹⁴, Beatriz Abascal Bolado¹⁵, Miguel Santibáñez Margüello¹⁶, Juan Luis García Rivero¹⁵

1. Servicio de Neumología Hospital Central de Asturias, Oviedo
2. Servicio de Neumología Hospital Universitario San Pedro, Logroño
3. Servicio de Neumología Complejo Hospitalario Universitario de Vigo
4. Servicio de Neumología Hospital Universitario de A Coruña
5. Servicio de Neumología Hospital Universitario de Burgos
6. Servicio de Neumología Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela
7. Servicio de Neumología Hospital Universitario de León
8. Servicio de Neumología Hospital Universitario de Donostia
9. Servicio de Neumología Hospital de Urduliz, Vizcaya
10. Servicio de Neumología Hospital Río Carrión, Palencia
11. Servicio de Neumología Hospital de Mendara, Guipúzcoa

12. Servicio de Neumología Hospital Lucus Augusti, Lugo
13. Instituto de Investigación Sanitaria de Valdecilla (IDIVAL), Santander
14. Servicio de Neumología Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón
15. Servicio de Neumología Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander
16. Centro de Investigación en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Madrid

Introducción

Tezepelumab, un anticuerpo monoclonal dirigido contra la linfopoyetina estromal tímica (TSLP), ha demostrado una amplia eficacia en distintos fenotipos de asma grave. Sin embargo, la evidencia en vida real al que aborde la remisión multidominio (especialmente utilizando criterios estrictos de función pulmonar y una caracterización fenotípica detallada) sigue siendo limitada.

Material y métodos

Estudio prospectivo y multicéntrico llevado a cabo en 14 unidades de asma en España. Se evaluaron parámetros clínicos, funcionales y biológicos al inicio y tras 12 meses de tratamiento con tezepelumab. Los pacientes se clasificaron como alérgicos, eosinofílicos o T2-bajo según sus perfiles de biomarcadores.

Se definió remisión clínica como la ausencia de exacerbaciones graves, retirada de corticosteroides orales de mantenimiento (OCS), un ACT ≥ 20 y un FEV₁ $\geq 80\%$ del predicho. La remisión biológica se definió por eosinófilos en sangre < 300 células/ μL y FeNO < 25 ppb. La remisión completa requirió la coexistencia de ambas. También se exploró una definición pragmática de remisión clínica (sin exacerbaciones, sin OCS, ACT ≥ 20 y sin descenso de FEV₁ $> 5\%$).

Resultados

Se analizaron 93 adultos con asma grave tras 12 meses de tratamiento con tezepelumab. La tasa de exacerbaciones disminuyó de 3.59 ± 2.45 a 1.14 ± 1.46

(-68%, $p < 0.001$). La mayor reducción se observó en el fenotipo alérgico (-78%), seguido del eosinofílico (-72%) y el T2-bajo (-65%). El uso de OCS de mantenimiento descendió del 41% al 21% ($p < 0.01$), y la puntuación ACT media mejoró de 13.6 ± 4.9 a 19.8 ± 4.7 ($p < 0.001$). El FEV₁ (% del predicho) aumentó de $70.7 \pm 23.5\%$ a $75.6 \pm 24.6\%$ ($p < 0.001$), mientras que FeNO y eosinófilos en sangre disminuyeron significativamente ($p = 0.034$ y $p = 0.004$). Entre los pacientes evaluables ($n = 77$), 19 (22.1%) alcanzaron remisión clínica estricta y 28 (36.4%) remisión pragmática. La remisión biológica se logró en el 73.1% y la remisión completa en el 22%.

Conclusiones

En esta amplia cohorte multicéntrica en vida real, tezepelumab produjo mejoras sostenidas en los dominios clínico, funcional e inflamatorio, con beneficios consistentes en los fenotipos alérgico, eosinofílico y T2-bajo. La incorporación de biomarcadores T2 (FeNO y eosinófilos en sangre) a la evaluación multidominio de la remisión aporta nueva información sobre la dimensión biológica del control de la enfermedad. Estos hallazgos respaldan a tezepelumab como una opción terapéutica amplia y duradera, capaz de lograr remisión clínica y biológica en el asma grave.

Tabla 1. Estado de remisión clínica tras 12 meses de tratamiento con tezepelumab.

Variable	Total (n = 93)	Remisión clínica (n = 16)	No Remisión (n = 61)	P valor
Edad (años)	55.88 ± 14.95	57.94 ± 14.54	56.87 ± 14.69	NS (0.79)
Mujeres	66 (70.97%)	13 (81.25%)	38 (62.30%)	NS (0.24)
IMC (kg/m ²)	30.42 ± 6.45	30.76 ± 7.04	30.19 ± 6.12	NS (0.77)
Nunca fumadores (%)	58 (62.37)	11 (68.75%)	36 (59%)	NS (0.57)
Características fenotípicas				
Biomarcadores T2 bajo	31 (33.33%)	3 (18.75%)	23 (37.70%)	NS (0.24)
Biomarcadores T2 bajo Naïve	25 (80.65%)	2 (66.67%)	19 (82.61%)	NS (0.21)
Biomarcadores T2-bajo en switch	6 (19.35%)	1 (33.33%)	4 (17.39%)	NS (1)
T2-alto	57 (61.92%)	12 (75%)	34 (55.74%)	NS (0.25)
Naïve T2-alto	24 (42.11%)	7 (58.33%)	10 (29.41%)	0.037
T2-alto en switch	33 (57.89%)	5 (41.67%)	24 (70.59%)	NS (0.77)
Alérgico	26 (45.61%)	6 (50%)	14 (41.18%)	NS (0.34)
Eosinofílico	31 (54.39%)	6 (50%)	20 (58.82%)	NS (0.77)
Inicio edad adulta	65 (69.89%)	10 (62.50%)	45 (73.77%)	NS (0.37)
Comorbilidades				
Rinitis alérgica	13 (13.98%)	3 (18.75%)	6 (9.84%)	NS (0.66)
RSCcPN	17 (18.28%)	3 (18.75%)	12 (19.67%)	NS (0.69)
Obesidad	50 (53.76%)	9 (56.25%)	33 (54.10%)	NS (1)
Bronquiectasias	21 (22.58%)	4 (25%)	14 (22.95%)	NS (1)
EPOC	11 (11.83%)	0 (0%)	9 (14.75%)	NS (0.19)
Tratamiento				
OCS mantenimiento	38 (40.86%)	4 (25%)	26 (42.62%)	NS (0.26)
ICS dosis bajas	4 (4.3%)	0 (0%)	2 (3.28%)	NS (1)
ICS dosis medias	9 (9.68%)	1 (6.25%)	8 (13.11%)	NS (0.68)
ICS dosis altas	79 (84.95%)	15 (93.75%)	51 (83.61%)	NS (0.44)
LABA	92 (98.92%)	16 (100%)	61 (100%)	NS (1)
LAMA	88 (94.62%)	16 (100%)	57 (93.44%)	NS (0.57)
Montelukast	46 (49.46%)	9 (56.25%)	30 (49.18%)	NS (0.78)
Macrólidos	35 (37.63%)	4 (25%)	29 (47.54%)	NS (0.16)
Tratamiento biológico previo				
Naïve	51 (54.84%)	10 (62.50%)	30 (49.18%)	NS (0.41)
Omalizumab previo	9 (9.68%)	1 (6.25%)	7 (11.48%)	NS (1)
Mepolizumab previo	9 (9.68%)	1 (6.25%)	8 (13.11%)	NS (1)
Benralizumab previo	10 (9.30%)	2 (12.5%)	5 (8.20%)	NS (0.32)
Dupilumab previo	13 (13.98%)	2 (12.5%)	10 (16.39%)	NS (1)

Tabla 2. Resultados clínicos, funcionales y de biomarcadores al inicio y tras 12 meses de tratamiento con tezepelumab.

Variable	Basal (V1) †	Seguimiento acumulado de 1 año (V3) ††	P valor
Todas las exacerbaciones severas *	3.59 ± 2.45	1.14 ± 1.46	p <0.001
Exacerbaciones graves en pacientes biológicos-naïve*	3.74 ± 2.07	1 ± 1.36	p <0.001
Exacerbaciones graves en pacientes con cambio de biológico*	3.40 ± 2.85	1.32 ± 1.57	p <0.001
Exacerbaciones graves en asma alérgica*	2.64 ± 2.04	0.58 ± 0.9	p <0.001
Exacerbaciones graves en asma eosinofílica*	4 ± 2.82	1.13 ± 1.28	p <0.001
Exacerbaciones graves en asma T2 bajo*	3.90 ± 2.23	1.38 ± 1.57	p <0.001
FEV1 pre-BD (%) (media + SD)	70.67 ± 23.52	75.61 ± 24.62	p <0.001
FEV1 pre-BD (mL) (media + SD)	1880.33 ± 807.18	1938.19 ± 845.24	p = 0.3
ACT (media + SD)	13.6 ± 4.92	19.84 ± 4.68	p <0.001
SNOT22† (media + SD)	27.85 ± 18.49	16.30 ± 9.32	p <0.001
Eosinófilos (cels/μL)††	211.08 ± 311.33	125.47 ± 44.64	p <0.004
IgE total (IU/mL) (media + SD)	159.83 ± 241.2	136.38 ± 185.35	p = 0.077
FeNO (ppb) (media + SD)	24.38 ± 23.48	18.93 ± 15.94	p = 0.034
OCS de mantenimiento (%)	38 (40.86%)	19 (20.88%)	p <0.01

Tabla 3. Predictores de remisión clínica (definición estricta) tras 12 meses de tratamiento con tezepelumab.

Variable	OR	95% CI	p-valor
Edad (por cada incremento de 1 año)	0.92	0.68 – 1.25	0.60
Sexo femenino	1.35	0.45 – 4.10	0.59
IMC (por 1 kg/m ²)	0.97	0.89 – 1.06	0.50
Fenotipo T2 alto	1.82	0.60 – 5.44	0.29
Sin tratamiento biológico previo	2.76	1.05 – 7.25	0.037
Valor basal ACT (por cada incremento de 1 año)	0.78	0.45 – 1.34	0.35
Valor basal FEV ₁ (% predicho, por 10%)	0.85	0.62 – 1.15	0.29
Valor basal eosinófilos ≥300/μL	1.62	0.57 – 4.62	0.36
Valor basal FeNO ≥25 ppb	1.23	0.46 – 3.32	0.67

Utilidad de un protocolo específico de ergoespirometría en la disnea persistente postinfecciosa

Paloma Fernández Antuña, Marta Iscar Urrutia, Rocío López Amaro, Sergio Domingos Hompanera, Ana Ruiz Martínez, Claudia Mañana Valdés, Marina Acebo Castro, Ramón Fernández Álvarez, Marta García Clemente
HUCA, Oviedo, España

1. Introducción

La disnea persistente y la fatigabilidad muscular es un fenómeno que se presenta ocasionalmente después de una enfermedad infecciosa, sea de la etiología que sea, consumiendo gran cantidad de recursos. El objetivo de este estudio fue evaluar a pacientes con disnea postinfecciosa mediante la aplicación de un protocolo específico consistente en dos pruebas de esfuerzo consecutivas en el mismo día con cicloergómetro e identificar patrones fisiopatológicos de limitación al esfuerzo y /o una alteración compatible con síndrome de fatiga crónica.

2. Material y métodos

Estudio observacional prospectivo, unicéntrico, que incluyó de forma consecutiva a todos los pacientes sometidos a ergoespirometría en cicloergómetro en el HUCA entre mayo de 2024 y noviembre de 2025 por sospecha de disnea post-

COVID. Se recogieron variables demográficas, clínicas, de imagen (TAC, ecocardiograma), función respiratoria basal y resultados ergoespirométricos, lactato seriado, cuestionario de actividad física (GPAQ) y desenlace clínico. El protocolo de esfuerzo reprodujo el descrito por Corbalán et al. El Índice Fatiga Crónica se calculó según la fórmula validada: $(VO_2 \text{ pico} / VO_2 \text{ supramáximo}) / (VO_2 \text{ supramáximo} / VO_2 \text{ teórico})$

3. Resultados

Se incluyeron 25 pacientes (56 % mujeres), con edad media de $55,1 \pm 8,9$ años e IMC de $30,7 \pm 5,6 \text{ kg/m}^2$. El 44 % eran exfumadores y el 36% tenían 1 o más FRCV. El 92% presentaba antecedente de infección por SARS-CoV-2. La espirometría mostró patrón obstructivo en 12% y en el TAC se describió enfisema en 8%.

16 pacientes (64%) alcanzaron criterios de prueba máxima. El VO_2/kg máximo fue de $20,8 \pm 9,9 \text{ mL/kg/min}$ ($84,2\% \pm 24,5\%$ del valor teórico). *Resto de resultados del análisis en Tabla 1.* Sólo en 1 caso se observó una limitación metabólica.

El nivel de actividad física (GPAQ, n=21), el 42,9% presentó actividad baja, el 42,9% moderada y el 14,2% alta. La ergoespirometría fue normal en 32%, susceptible de SFC 28% y con desacondicionamiento 24%. *Relación actividad física y resultado ergoespirometría en Tabla 2.* ILF global $2 \pm 1,10$ con valores $>1,66$ en 52% de los casos.

No se observaron asociaciones significativas entre la actividad física (GPAQ) y el VO_2/kg máximo ($p=0,80$), ni entre GPAQ y ILF ($p=0,22$). La correlación entre VO_2/kg máximo y ILF tampoco alcanzó significación ($p=0,38$).

4. Conclusiones

Se trata de un protocolo accesible y bien tolerado por los pacientes. Su aplicación demuestra una utilidad en el diagnóstico de la disnea post infecciosa. Su implementación ayuda a optimizar recursos.

Tabla 1

TIPO RESPUESTA	VARIABLES	MEDIA ± DE
Consumo oxígeno	VO2/kg máximo	20,8 ± 9,9 ml/kg/min
	VO2 (%) máximo	84,2 ± 24,5
Respuesta cardiovascular	Pulso O2	13,7 ± 5,6 ml/lat/min
	Pulso O2 (%)	99,6 ± 23,7
Respuesta ventilatoria	Reserva ventilatoria (%)	35,7 ± 20,7
	VE slope	36,3 ± 7,6
Respuesta metabólica	Láctico final	4,4 ± 1,1 mmol/L
	RQ agrupado	1,04± 0,1
Indice Limitación Funcional (ILF)		2,00 ± 1,1

Tabla 2

GPAQ	NORMAL	SFC	Desacondicionamiento físico	OTROS	TOTAL (N=21)
BAJA	3 (33,3%)	2 (22,2%)	3 (33,3%)	1 (11,1%)	9
MODERADA	3 (33,3%)	3 (33,3%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)	9
ALTA	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	0	3

EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS CASOS DE SILICOSIS DIAGNOSTICADOS EN EL INS (2010–2024)

Yuliya Sotnikova¹, Rosirys Guzmán Taveras², Ana Fernández Tena², Julia Rosa Suárez Fernández², María Carballo-Menéndez³, Pablo Menéndez Cabo³, Eva María Fernández Vilas³, Héctor García-González³, Rafael Hidalgo Fernández³, Teresa López-Pola³, Vanesa Díaz Huerta³, Pablo Fernández Rodríguez³, M.^a Pilar Fernández Rubio³, Begoña Palomo Antequera⁴, Amador Prieto Fernández⁴, Daniel Martínez González²

¹Servicio de Medicina del Trabajo HUCA

²Servicio de Neumología Ocupacional del Instituto Nacional de Silicosis (INS)

³Departamento Técnico INS

⁴Servicio de Radiología Torácica Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)

INTRODUCCION: La silicosis constituye en la actualidad uno de los principales problemas emergentes en salud laboral en España, con un incremento sostenido de nuevos diagnósticos asociado a la aparición de sectores de alto riesgo y a la intensificación de la exposición a sílice cristalina respirable. El sistema de Comunicación de Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (CEPROSS) recoge exclusivamente los casos de enfermedad profesional declarada y reconocida con derecho a prestación, lo que limita su capacidad para reflejar la magnitud real del problema.

El INS desarrolla funciones asistenciales, diagnósticas y periciales a nivel nacional, actuando de facto como centro de referencia para los casos complejos y para aquellos pacientes cuya enfermedad no llega a formalizarse en los circuitos administrativos.

OBJETIVO: Analizar la evolución de los nuevos casos de silicosis diagnosticados en el INS durante el periodo 2010–2024 y describir las características clínicas y geográficas de los pacientes atendidos en 2024.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo prospectivo de los nuevos diagnósticos de silicosis realizados en el INS desde 2024. Se analizan los casos atendidos en 2024, incluyendo situación laboral, forma clínica y distribución geográfica. Las cifras se contextualizan con los datos nacionales disponibles en CEPROSS del año 2010 a 2024

RESULTADOS: En 2024 en el INS se han diagnosticado 253 nuevos casos de silicosis con incremento progresivo desde 2010 (figura 1). En **2024 en CEPROSS se notificaron 520 partes por silicosis** como enfermedad profesional con similar incremento progresivo e imagen paralela a la progresión de los nuevos casos de silicosis diagnosticados en el INS (Figura 2). Por orden los sectores que más contribuyeron a los nuevos casos diagnosticados en INS en 2024 son: piedra natural (pizarra y granito) 113 casos (44,7%), carbón 68 casos (26,9%), marmolerías y fábricas de aglomerados de sílice 44 casos (17,4%). El 63% (159 casos) de los nuevos diagnósticos del INS son trabajadores en activo de los cuales pertenecen al sector de la pizarra (38,8%), marmolerías (20,6%), granito (20,6%) y una distribución más puntual en otros sectores. El 37% (94 casos) de los nuevos diagnósticos son pensionistas con la siguiente distribución según sector: minería del carbón (71,0%), pizarra (18,3%), marmolerías (4,3%). De todos los nuevos casos, 53 (21 %) son formas complicadas. La procedencia de todos los pacientes diagnosticados en 2024 fue: Asturias 46%, Galicia 24%, Castilla y León 15%. Andalucía 5%. Extremadura 3%. Otros 5% (Cataluña, C. Valenciana, Madrid, Tenerife)

CONCLUSIONES:

- 1- Un tercio de los nuevos casos de silicosis que generan demanda de incapacidad en trabajadores en activo en el territorio español son diagnosticados en INS
- 2- El patrón de incidencia en INS es similar a los casos declarados en CEPROSS
- 3- A pesar de las políticas de descarbonización iniciadas en Europa en 1990, existe una tendencia al alza en la incidencia de silicosis registrada en el INS

Figura 1. Nuevos casos de silicosis diagnosticados en el INS 2010-2024

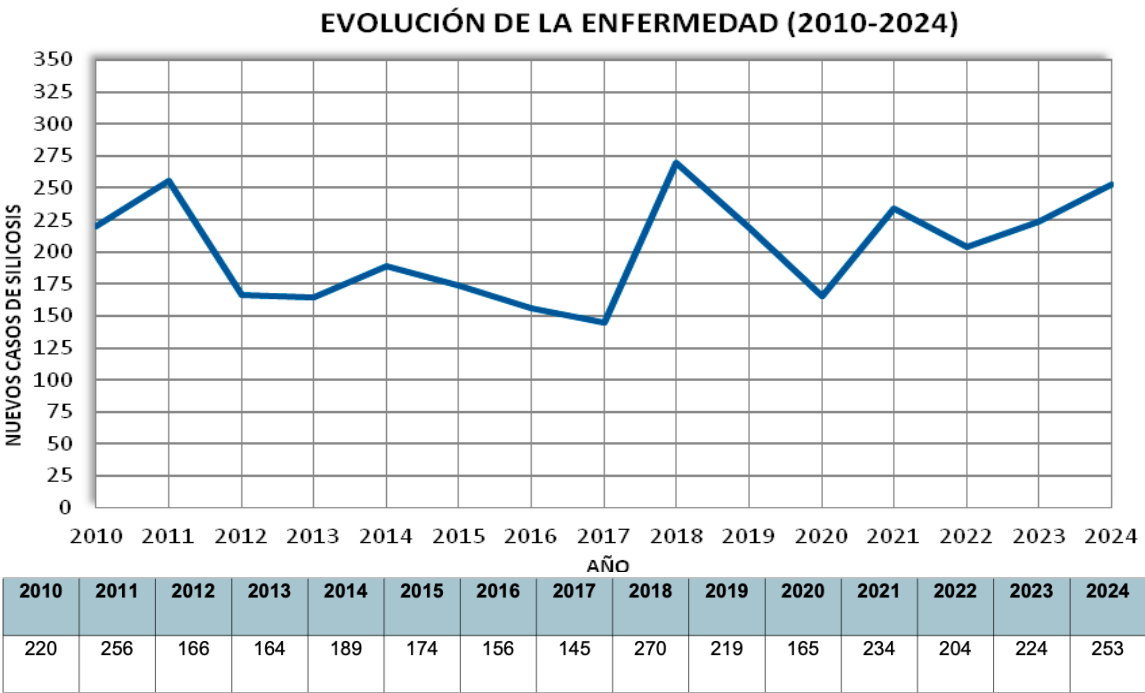


Figura 2. Nuevos casos declarados en CEPROSS y nuevos diagnósticos en INS 2010-2024

