

<u>Título:</u> Utilidad de la broncoscopia para el inicio de tratamiento biológico en pacientes con asma grave.

Autores	**Hospital Procedencia**
Santiago Regueira Ferrer	H. U. Basurto
Gorka Bordegaray Arcas	H. U. Basurto
Rabab Ali Abdi	H. U. Basurto
Jon Uriarte Ugalde	H. U. Basurto
Aizea Mardones Charroalde	H. U. Basurto
Esmeralda Lopez-zalduendo Zapater	H. U. Basurto
Asier Fernandez Nebreda	H. U. Basurto
Erika Brenlla Carballo	H. U. Basurto

Introducción:

En el manejo del asma grave la caracterización del endotipo inflamatorio es clave para seleccionar el tratamiento biológico más adecuado. Sin embargo, los biomarcadores sistémicos no siempre reflejan la inflamación bronquial, por lo que el estudio histológico mediante biopsia ofrece una información más certera de la inflamación local.

Objetivos:

Describir los resultados de las biopsias bronquiales en pacientes asmáticos graves antes de iniciar un tratamiento biológico de cara a caracterizar mejor el endotipo.

Material y métodos:

Se realiza un estudio descriptivo con una n=12 de pacientes sometidos a broncoscopia con lavado, aspirado y biopsia bronquial del lóbulo inferior derecho desde diciembre del 2025 hasta agosto 2026.

Resultados:

Las características de la muestra eran: 91.67% mujeres, con una edad media de 52,58 años, 3 exfumadores, valores clínicos medios de FEV1 81,41%, FEV1/FVC 78,84%, FENO 32,42, eosinofilia 406,67, 3,08 exacerbaciones el año previo de la broncoscopia. 4 pacientes tenían bronquiectasias de los cuáles sólo dos de ellos tenían descritos tapones de moco en el TAC torácico. Un ACT previo 14,27 y 2 pacientes habían estado con tratamiento biológico previo.

De las 12 broncoscopias realizadas los resultados de la misma ayudaron en once de ellas a realizar un manejo terapéutico. En el 66% de los pacientes se inició un biológico: 4 tezepelumab, 2 benralizumab y 2 dupilumab. En uno de ellos sirvió para cambiar el biológico. En el 33% restante hubo crecimiento microbiológico por lo que se decidió iniciar antibioterapia. En el 50% de los pacientes se objetivó hiperplasia de células caliciformes y en un 25% hiperplasia de músculo liso. Los eosinófilos máximos medios en la biopsia bronquial fueron 8,18 y en el recuento medio de 2. El ACT medio presente tras el inicio de cualquiera de las terapias es de 19,89. Solo un paciente refiere encontrarse peor tras la realización de la broncoscopia.

Conclusiones:

La biopsia bronquial parece una prueba complementaria útil de cara a iniciar un tratamiento biológico, así como de detectar enfermedades que interfieran en el correcto manejo del asma como en nuestro caso colonización bacteriana.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EXTREMADAMENTE GRAVE (IAH>100)

Autores

Ainhoa Maiz Loyola, Laura Cortezón Garcés, Sonia Castro Quintas, Amaia Urrutia Gajate, Laura Cancelo Díaz, Cristina Valverde Novillo, María José Angulo Pereda y Eider Aira Chacartegui

Introducción

La apnea obstructiva del sueño (AOS) es un trastorno respiratorio caracterizado por episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior. La gravedad de la AOS se determina mediante el índice de apnea-hipopnea (IAH). Aunque la AOS grave es relativamente frecuente, los casos con IAH extremadamente elevado (>100 eventos/hora) son poco comunes. El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas, antropométricas y poligráficas de pacientes con AOS muy grave diagnosticados en nuestra unidad de sueño.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyen los pacientes diagnosticados de AOS entre los meses de noviembre 2024 a octubre 2025 y cuya poligrafía respiratoria muestra un IAH>100. Se recogieron variables demográficas, antropométricas, clínicas y poligráficas, así como datos relacionados con el tratamiento de estos pacientes.

Resultados

22 pacientes, mitad hombres mitad mujeres, con una edad media de 47 años e IMC medio 38. Sus características generales y comorbilidades se detallan en la tabla 1 y los resultados de la poligrafía respiratoria diagnóstica (PR) se presentan en la tabla 2. A destacar la baja prevalencia de HTA (27.3%) o cardiopatía ya diagnosticada (4.5%); Epworth medio 10,9. La mediana del IAH fue de 106. La saturación de oxígeno media fue de 86, mínima 64 y el CT90 56.9%. (Tabla 2 resultados PR).

Se ha indicado CPAP en 21 casos (1 no acude a consulta). 2 rechazan tratamiento en el primer mes, 1 de ellos en tratamiento actual con DAM, persistiendo grave. 1 caso se ha cambiado a AutoCPAP y 18 siguen con CPAP. En el momento actual 10 de ellos están titulados correctamente, con una mediana de presión de 11.5, rango (9-13). La adherencia promedio de los pacientes que siguen en tratamiento es de 5,57h (DE 2h 7min), 76.9% >4h, y 53.8%>6h.

Conclusiones

• La AOS con IAH >100 constituye un subgrupo poco frecuente dentro de la enfermedad, pero con importante repercusión clínica.

• Estos pacientes presentan, de manera habitual, obesidad relevante e hipoxemia

nocturna severa.
• Llama la atención la baja prevalencia de comorbilidad cardiovascular previamente diagnosticada y la alta prevalencia de sexo femenino.
• El tratamiento con CPAP suele requerir presiones elevadas y presenta buenos valores de adherencia.

CARACTERÍSTICAS GENERALES (N=22)	
EDAD	47,09 ± 13,11
SEXO Hombre Mujer	 11 (50%) 11 (50%)
IMC	38,72 ± 8,31
EPWORTH	10,95 ± 4,77
TABAQUISMO No fumadores Exfumadores Fumador activo	 7 (33,3%) 8 (38,1%) 6 (28,6%)
HTA	6 (27,3%)
DM	6 (27,3%)
DLP	9 (40,9%)
CARDIOPATIA	1 (4,5%)
FA	0
ICTUS	0

TABLA 1 Variables cuantitativas: Valores expresados como media ± desviación estándar. Variables cualitativas: porcentajes.

RESULTADOS DE LA POLIGRAFÍA RESPIRATORIA (N=22)	
IAH	106,60 [103,22-115,55]
IAH SUPINO	110,76 ± 17,44
IAH NO SUPINO	106,35 [100,77-112,15]
IA	77,00 ± 27,46
IH	26,00 [9.92- 46.92]
IAO	60,64 ± 30,59
IAM	4,25 [1.15-17.9]
IAC	0,40 [0-3.62]
IDO	103,80 [98.57-109.97]
SAT MEDIA	86,63 ± 3,87
SAT MÍNIMA	64,36 ± 8,32
CT90	56,93 ± 23,47

TABLA 2 Valores expresados como media ± desviación estándar o mediana [R/Q] según sigan o no la distribución normal.

Adherencia y eficacia de la ventilación no invasiva (VNI) mediante inicio ambulatorio y telemonitorización

Autores: Andrea Téllez Lorenzo. Óscar Gil Sodupe. Jorge Luis Quisiguiña Salem. Bárbara Rodríguez Álvarez. Cristina Ciorba Ciorba. Javier Errasti Viader. María Alfonso Imizcoz. Izaskun Jiménez Setuain.

Hospital Universitario de Navarra. Servicio de Neumología.

Introducción. El inicio ambulatorio de ventilación no invasiva (VNI) apoyado por telemonitorización facilita la evaluación precoz de la adaptación y de los parámetros ventilatorios.

Objetivos. Describir la adherencia y analizar la eficacia a la VNI y su asociación con la enfermedad de base, así como los cambios en la pulsioximetría nocturna tras iniciar el tratamiento.

Material y método. Estudio observacional de 328 pacientes incluidos en un protocolo de inicio ambulatorio de VNI con adaptación presencial, seguimiento telefónico y telemonitorización. Los datos del ventilador se recogieron en la primera consulta de seguimiento. Se definió adherencia como uso ≥4 h/día y se comparó por patología mediante chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher. Se analizaron las pulsioximetrías pre/post-VNI mediante Wilcoxon para muestras relacionadas.

Resultados. La edad media fue 63,2 ± 14,1 años; el 55,5% eran hombres. Entre 326 pacientes clasificados, el 49,4% presentaba AOS/SHO, el 31,6% enfermedad neuromuscular y el 19,0% otras patologías. El 56,1% de los pacientes usan mascarilla nasal y la configuración en modo ST es la más predominante (89,4%); la IPAP y EPAP medias fueron 13,8 ± 3,2 y 7,0 ± 1,9 cmH_2O. El uso medio fue 6,1 ± 3,1 h/día (n=267) y 219/267 (82,0%) alcanzaron ≥4 h/día. La adherencia fue 85,1% en AOS/SHO, 72,9% en neuromusculares y 89,6% en otras patologías (p=0,024). Entre los neuromusculares fue menor en Steinert (57,6% frente a 82,7%; p=0,014). La fuga no intencionada media fue de 11,15 ± 16,38 L/min, el IAH residual medio de 6,41 ± 8,33 eventos/h y el volumen corriente medio de 414,87 ± 119,82 mL. La $SatO_2$ nocturna mediana aumentó del 88,7% al 90,8%; el T90 disminuyó del 66,6% al 26,3% y el índice de desaturaciones de 20,6 a 8,3 eventos/h (todos p<0,001).

Conclusiones. El protocolo ambulatorio con telemonitorización de VNI mostró una adherencia ≥4 h/día en un alto porcentaje de pacientes siendo mayor que el descrito en la literatura (65-80%). La adherencia fue inferior en los pacientes neuromusculares, especialmente en Steinert. Se objetivó una mejoría significativa de la pulsioximetría a pesar de parámetros de inicio de VNI. Por lo tanto, un protocolo de telemonitorización de VNI puede ser útil y eficaz en inicio y adaptación a la terapia

Estrategia de inicio y ajuste de CPAP con APAP y telemonitorización en pacientes con apnea central del sueño: resultados de una cohorte retrospectiva.

AUTORES

Carlos Caldera Fernández, Laura Cortezón Garcés, Amaia Urrutia Gajate, Sonia Castro Quintas, Eider Aira Chacartegui, Cristina Mosquera Fernández, Yolanda Rey Fernández, Mari Luz Zaldibar Barinaga

INTRODUCCIÓN

La titulación con APAP en ACS no se recomienda clásicamente, por riesgo de agravar los eventos centrales. Sin embargo, nuestra hipótesis es que podría ser una herramienta útil, ayudándonos a identificar de forma precoz pacientes que responden a CPAP separándolos de quienes precisan otros tratamientos (ASV).

Nuestro objetivo es evaluar la utilidad de un protocolo de inicio y titulación de CPAP mediante APAP con telemonitorización (TLM) en pacientes con ACS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes diagnosticados de ACS predominante entre 09/2020 y 05/2025. Incluimos en el protocolo a: todos los pacientes con IAC >5 y al menos 50% de AC sobre total de apneas; valoración individualizada de aquellos con IAC>5 y AC entre el 25-50% del total de apneas.

Protocolo: Tratamiento con Airsense 10 Autoset y TLM. 2 semanas APAP. Si IAH residual ≤5, CPAP según valores de presión obtenidos y TLM otras 2 semanas. Si IAH residual >5 en fase APAP, cambio a CPAP 7, aumentando la presión cada 2 semanas hasta lograr IAH ≤5. Si no, se considera fracaso de CPAP y se propone alternativa.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 59 pacientes de 65 elegibles (6 no incluidos por problemas administrativos). 12 (20.3%) no completaron el protocolo por rechazo, intolerancia u otros. En 15 (31.9%) casos hubo fracaso de la CPAP: 14 cambiaron a ASV y 1 a oxigenoterapia; 32 quedaron tratados con CPAP: 17 (36.2%) tras titulación exitosa inicial con APAP y 15 (31.9%) tras APAP ineficaz y ajustes graduales de presión CPAP. De este grupo, 6 casos tenían IAH ligeramente elevados en TLM (rango 6.2-11) y se realizó Poligrafía de control: IAH<5 en 2 casos; 5-10 en 3 casos e IAH 12 en 1.

CONCLUSIONES

- El 68% de los pacientes con ACS fueron tratados exitosamente con CPAP. La mitad de éstos fueron titulados correctamente mediante APAP.
- Esta estrategia puede detectar de forma precoz pacientes que no responden a CPAP, a los que se puede proponer un tratamiento más adecuado (ASV).
- Alta tasa (20%) de pacientes que no completan el protocolo.

PÓSTER SVNPAR 2026

Título: El lactato como marcador pronóstico en el tromboembolismo pulmonar agudo en pacientes del Hospital Universitario Basurto.

Autores: G.Bordegaray, M.Viles, J.Uriarte, R. Ali, S. Regueira, G. Zulaica, A. Aurtenetxe, C. Sancho.

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN. El tromboembolismo pulmonar (TEP) presenta una incidencia creciente y una evolución clínica heterogénea. En España, su incidencia aumentó de 53,16 a 78,49 casos por 100.000 habitantes entre 2016 y 2022. La guía AHA/ACC de 2026 recomienda la determinación del lactato arterial o venoso en pacientes seleccionados para apoyar la estratificación del riesgo a corto plazo. Su utilidad para predecir desenlaces a medio plazo continúa siendo incierta.

OBJETIVOS. El objetivo fue evaluar la asociación del lactato inicial, con la estratificación de riesgo en el momento agudo y la mortalidad por cualquier causa registrada durante los seis meses posteriores al TEP en el Hospital Universitario de Basurto.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional de cohortes retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron 224 pacientes diagnosticados de TEP agudo en el Hospital Universitario de Basurto (HUB) durante el periodo entre diciembre de 2023 a enero de 2026 a los que se les realizó una gasometría (arterial o venosa) en el momento del evento agudo. Se compararon los grupos de lactato <2 mmol/L (n=136) y ≥2 mmol/L (n=88). Se analizaron variables clínicas, analíticas, de angio-TC y escalas PESI/ESC/ERS. Se estimaron RR crudos y un único modelo exploratorio de regresión logística de mortalidad ajustado por edad, sexo, neoplasia activa, insuficiencia cardiaca crónica, diabetes, neumopatía, enfermedad renal crónica y fracaso renal agudo al diagnóstico.

RESULTADOS. Se registraron 51 fallecimientos (22,8 %). La mortalidad fue mayor con lactato ≥2 mmol/L que con lactato <2 mmol/L (28/88; 31,8 % frente a 23/136; 16,9 %; RR 1,88; IC del 95 %: 1,16–3,05; p=0,009), relación que se mantuvo en el modelo multivariable único, (OR ajustada 2,46; IC del 95 %: 1,13–5,35; p=0,024). El grupo con lactato elevado mostró mayor incidencia de taquicardia, troponina elevada, síncope, fracaso renal al diagnóstico, relación VD/VI >1 y afectación bilateral, además de una distribución hacia clases de mayor riesgo PESI y ESC/ERS.

CONCLUSIONES. En nuestro centro, en los pacientes con lactato elevado se observó mayor mortalidad estadísticamente significativa e indicadores de mayor severidad clínica inicial. Por ello, el lactato podría utilizarse como un marcador pronóstico añadido y accesible en la estratificación de riesgo en TEP agudo. Cabe mencionar que este estudio no demuestra causalidad ni un incremento de capacidad predictiva sobre PESI o ESC/ERS.

Póster SVNPAR 2026

Título: Neumonía organizante: el reto de las recaídas**.**

Autores: J.Uriarte, E.Brenlla, A.Sagarna, R.Ali, S.Regueira, G.Bordegaray, C.Sancho, M.Viles.

ABSTRACT

Introducción: La neumonía organizante (NO) presenta un curso recurrente en algunos pacientes, especialmente durante la reducción o retirada de corticoides. La evidencia sobre la optimización del tratamiento sigue siendo limitada, lo que convierte las recaídas en un reto clínico.

Objetivos: Describir y comparar las características clínicas, etiológicas y terapéuticas de pacientes con NO con y sin recaídas, caracterizando estas últimas según dosis y evolución del tratamiento.

Material y método: Estudio observacional de 22 pacientes diagnosticados de neumonía organizante y seguidos en consulta durante 2025. Se compararon pacientes con recaída (R) y sin recaída (NR). Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas, microbiológicas, etiológicas y terapéuticas, incluyendo dosis y pauta descendente de corticoides, tiempo hasta la recaída y necesidad de inmunosupresión adicional.

Resultados: N=22: 14 con recaída (R) y 8 sin recaída (NR). Edad media: 66 años. VSG elevada: R 35,7%; NR 25%; PCR media: R 117; NR 72. Linfocitos BAL media: R 42%; NR 32%; predominio linfocitario: R 78,5%; NR 37,5%. CD4/CD8 medio en BAL: R 1,39; NR 1,024; invertido: R 42,9%; NR 25%. Cultivo BAS/BAL positivo: R 28,6%; NR 37,5%. Causa secundaria: R 50%; NR 62,5%, infecciosa R 28,6%; NR 62,5%; inmunoterapia: R 14,3%; NR 0%. Dosis corticoidea inicial media: R 0,53 ; NR 0,62 (mg/kg/día). Dosis >0,56 mg/kg/día: R 30,8%; NR 50%; <0,45 mg/kg/día: R 30,8%; NR 0%. Descendente cada 1/2/3/4/5/6 semanas, R 7,1/28,6/7,1/42,9/0/7,1%; NR 0/50/25/0/0/0%. Descenso antes del 1º mes: R 42,9%; NR 75%; después: R 50%; NR 0%. Datos ausentes en algunas variables. Al recaer: mediana dosis 5 mg/día, a los 7 meses de media. Sin cambios en pautas terapéuticas tras recaer. Inmunosupresores: 13%. Sin diferencias descriptivas en sexo, tabaquismo, eosinofilia periférica o en BAL ni comorbilidades respiratorias. (Exc. BQ R 14,3%/NR 37,5%).

Conclusiones: El perfil inflamatorio analítico y la citometría del BAL podrían aportar señales clínicas en el seguimiento de la neumonía organizante. La mayor frecuencia de causas infecciosas en pacientes sin recaída destaca la importancia de identificar y tratar posibles desencadenantes. La menor dosis corticoidea inicial observada en R plantea la necesidad de optimizar la pauta de forma individualizada, conociendo además que el descenso posterior más precoz en NR no se acompañó de más recurrencias. La vigilancia clínica al reducir corticoides, especialmente en torno a 5 mg/día, podría facilitar la detección precoz de recaídas y optimizar controles de cara a evitar exposición radiológica innecesaria.

Perfil de pacientes en DISE (Drug-Induced Sleep-endoscopy)

Leire Quintana Rubio, Marcos Trelles Zubimendi, Ana José Martin Serrablo, Marina de la Escosura Muñoz, Andrea Ortega Picón, Julen Moraza Magunazelaia, Andrea Téllez Lorenzo, Óscar Gil Sodupe.

Servicio de Neumologia Hospital de Navarra

Introducción

La apnea obstructiva del sueño (AOS) es un trastorno respiratorio prevalente cuyo tratamiento de primera línea es la CPAP. Sin embargo, existen pacientes con intolerancia a la misma. En este contexto, la endoscopia del sueño inducido por fármacos (DISE) se posiciona como una herramienta diagnóstica útil para caracterizar la dinámica de la obstrucción de la vía aérea superior, individualizar y optimizar el enfoque terapéutico.

Objetivos

El objetivo fue describir las características de los pacientes y valorar la utilidad del DISE para plantear otras terapias alternativas a la cPAP.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron pacientes sometidos a DISE en el HUN entre octubre.2017 y febrero.2025.

Resultados

Se incluyeron 170 pacientes (48 mujeres, 28,2% y 122 hombres, 71,8%). Las características basales, así como las comorbilidades y pruebas de función respiratoria se muestran en la Tabla 1. Todos los pacientes incluidos tenían una prueba de sueño realizada (61,2% poligrafía respiratoria, 33,9% polisomnografía, 4,8% pulsioximetría. El motivo de la realización del DISE fue principalmente la intolerancia a la cPAP (42,4%). En 116 (69,5%) se aprecia mejoría de la obstrucción con la maniobra de ESMARCH, y en 54 (32,3%) en decúbito lateral. Con estos resultados, un 62,3% (106 pacientes) fueron considerados al menos a la valoración de terapias alternativas a la cPAP. Finalmente se realizó cirugía de vía aérea superior en 72 pacientes (42,4%), en 6 cirugía de avance geniogloso (3,5%), entre otras opciones. En cuanto a los estudios de sueño de control tras las diferentes intervenciones, se realizaron 36 estudios. Tras la cirugía, 28 pacientes tienen estudio control, con cambios significativos en IAH(44,09 pre vs 22,18 post; p=0,004),IDH (45,45 vs 18,64; p=0,000),SpO2 media(92,75 vs 94,00; p=0,016) y Ct90(15,48 vs 4,79; p=0,004).Sin embargo, tras inicio de terapia posicional o DAM no se encontraron cambios significativos en los estudios de sueño.

Conclusiones

•El DISE puede ayudarnos a valorar terapias alternativas a la cPAP

•La cirugía de vía aérea es válida en pacientes seleccionados y parece que mejora significativamente los parámetros del sueño.

•La valoración multidisciplinar supone un claro beneficio para el manejo de esta patología tan frecuente en la práctica clínica habitual.

NEUMONIA NEUMOCÓCICA DE ALTO PERFIL INFLAMATORIO: DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA DE BACTERIEMIA

Leire San Juan Redondo, Leyre Serrano Fernandez, Ainhoa Gomez Bonilla, Carlos Caldera Fernandez, Ane Uranga Echeverria, Beatriz Gomez Crespo, Borja Ortiz de Urbina Antia, Luis Alberto Ruiz Iturriaga

Introducción: El neumococo es el agente causal más frecuente de neumonía. La presencia de bacteriemia en la neumonía neumocócica (NN) está asociada a mayor severidad y peor curso clínico. Así mismo, los datos analíticos de inflamación también están asociados a una mayor gravedad en la neumonía.

Objetivos: comparar las características clínicas y la evolución intrahospitalaria de la neumonía neumocócica de alto perfil inflamatorio en función de la presencia de bacteriemia.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo que incluye pacientes ingresados por NN entre los años 2000 y 2020 en dos hospitales de Bizkaia (Hospital Universitario Cruces y Hospital Universitario Galdakao). Para el objetivo del estudio se incluyeron únicamente los pacientes con NN que presentaban alto perfil inflamatorio, definido como PCR ≥ 150mg/L. El diagnostico de NN se basó en el resultado del antígeno urinario realizado a todos los pacientes a la llegada a urgencias. Posteriormente se dividió a los pacientes según el resultado del hemocultivo, siendo bacteriémicos los que presentaban hemocultivo positivo y no bacteriémicos los que presentaron únicamente antigenuria positiva. Se registraron datos demográficos, comorbilidades, clínicos y de evolución hospitalaria.

Resultados: Se analizaron 713 casos de NN con alto perfil inflamatorio de los cuales 322 (45%) fueron bacteriémicos. En la tabla 1 se observan las diferencias en las variables demográficas, comorbilidades y de presentación clínica entre ambos grupos. En la tabla 2 se analizan las diferencias en el tratamiento y la evolución intrahospitalaria.

Conclusiones: Los pacientes bacteriémicos con alto perfil inflamatorio padecen una neumonía que cursa con mayor severidad y peor evolución intrahospitalaria pese a que la mortalidad no es significativamente mayor. La asociación de bacteriemia e inflamación severa indica mayor gravedad en nuestros pacientes con neumonía neumocócica. La detección precoz de ambas puede contribuir a optimizar su manejo intrahospitalario

FILTRO DE VENA CAVA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

AUTORES

Marcos Trelles Zubimendi, Leire Quintana Rubio, María Alfonso Imízcoz, Oscar Gil Sodupe, Andrea Téllez Lorenzo, Julen Moraza Magunazelaia y Andrea Ortega Picón

INTRODUCCIÓN

El filtro de vena cava (FVC) es un dispositivo que se utiliza como alternativa a la anticoagulación en pacientes con ETEV y contraindicación absoluta para la misma y en casos de recurrencia de embolia a pesar de tratamiento adecuado. Puede ser colocado de forma temporal cuando la causa de la contraindicación de anticoagulación es reversible, o permanente.

OBJETIVOS

Describir las características clínicas, indicaciones y complicaciones de pacientes a los que se colocó un FVC en nuestro hospital. Se ha analizado el tiempo desde su indicación a la colocación y el tiempo de retirada.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo incluyendo pacientes con colocación de FVC entre 2021-2024 en nuestro centro.

RESULTADOS

Se incluyeron 62 pacientes: 36 varones (58.1%), con edad media de 70.4 ±13.4 años e IMC medio de 29.2 ±5.59 kg/m². El 90.3% tenían TVP, 37 presentaron TEP (59.7%) y 32 ambas (51.6%). Entre los pacientes con TEP, 5 fueron de alto riesgo (13.5%) y el 56% tenían un factor de riesgo trombótico identificable. Se colocaron 56 filtros Denali (90.3%); todos los FVC se implantaron en posición infrarrenal.

El tiempo medio desde el diagnóstico de tromboembolismo hasta la colocación fue de 4.69 días (D.E.: 8.69), y entre la colocación y la retirada, de 95.4 días (D.E.: 115; mediana: 71 días).

Hubo una complicación durante la colocación. En cuatro ocasiones no pudo retirarse el FVC inicialmente, lográndose en un segundo intento. Durante el seguimiento fallecieron 15 pacientes (24.2%), 4 en la fase aguda postcolocación; en estos cuatro, la indicación fue la imposibilidad de anticoagulación óptima por alto riesgo hemorrágico. De los 11 fallecimientos tardíos, 7 pacientes tenían cáncer, principal causa de muerte.

CONCLUSIONES

- La principal indicación de colocación de FVC en nuestro medio es la imposibilidad de anticoagulación, siendo en estos casos una técnica que permite ganar tiempo en la escalada del tratamiento anticoagulante.

- Existen en nuestro medio otras indicaciones a tener en cuenta, como son paciente con ETEV recurrente, politraumatismo.
- El FVC parece una técnica segura tanto en su colocación como en la retirada con escasas complicaciones.

PREVALENCIA DE VARIANTES DEL GEN SERPINA1 EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA Y SU RELACIÓN CON LA EVOLUCIÓN FUNCIONAL

Introducción: La Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) es la EPI más frecuente y con peor pronóstico. A diferencia de otras EPIs, la FPI presenta un perfil neutrofílico; siendo diferentes estudios los que apuntan hacia la importancia de la elastasa del neutrófilo como pieza clave de la patogenia de dicha entidad. El principal mecanismo de acción de la alfa-1 antitripsina es mantener el equilibrio proteasa-antiproteasa, especialmente frente a la elastasa del neutrófilo. Si bien la FPI se ha relacionado con diferentes alteraciones genéticas, no hay estudios que concluyan si existe una mayor prevalencia de alteraciones del gen SERPINA1 entre estos pacientes, o si su presencia comporta un riesgo de progresión acelerada.

Objetivos: Determinar la prevalencia de variantes alélicas del gen SERPINA1 en pacientes atendidos en una consulta monográfica de FPI y analizar su evolución funcional.

Material y método: Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo en la consulta monográfica de FPI del Hospital Universitario de Navara (HUN). Se realizó el genotipado de SERPINA1 (frotis bucal con kit AlphaIDTM, 14 variantes alélicas) tras firma de consentimiento informado. La prevalencia se comparó con la esperada según las frecuencias alélicas españolas (S 10%, Z 2%). Se utilizaron los tests de Fisher y Kruskal-Wallis/Wilcoxon (corrección FDR) y modelos mixtos lineales para la evolución de FVC y DLCO. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante R Studio versión 4.5.0.

Resultados: Se incluyeron 150 pacientes en el estudio (Tabla1), en 129 de ellos se realizó el genotipado de SERPINA1 (86%): con resultado de MM en 101 (78,3%), MS en 22 (17,1%) y MZ en 6 (4,7%), sin encontrar genotipos SZ ni SS o ZZ. La prevalencia de variantes deficitarias (MS + MZ) fue del 22%, similar a la esperada en la población general (20%). La distribución del índice GAP (estadios II–III: 46% en MS–MZ frente a 43% en MM) y el seguimiento por cuidados paliativos (14% frente a 13%) fueron similares. En la evaluación funcional, la caída anual de FVC fue de −70 ml (MM), −83 ml (MS) y −178 ml (MZ); siendo la diferencia MZ - MM de −107 ml/año (p<0,05). Con respecto a la DLCO, mostró una evolución negativa de −0,16, −0,21 y −0,46 unidades/año, respectivamente (p<0,001) (Gráficas 1 y 2).

Conclusiones: En esta cohorte de FPI no se evidenció un claro enriquecimiento de variantes deficitarias de SERPINA1 respecto a la población general. Aunque no existieron diferencias significativas en cuanto a la situación clínico-pronóstica, sí que se objetivó un mayor deterioro funcional medido en FVC y DLCO, especialmente en el genotipo MZ, estadísticamente significativo. Teniendo en cuenta el pequeño tamaño muestral, consideramos este hallazgo exploratorio, requiriendo confirmación en series más amplias y con mayor seguimiento.

AUTORES

Óscar Gil Sodupe, Sergio Curi Chércoles, María Borda Rodríguez, Andrea Isabel Téllez Lorenzo, José Antonio Cascante Rodrigo, Belén Marín Martínez, Itziar Campo Esnaola, Javier Poyo Molina.

Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Navarra.

ANEXO 1.

Tabla 1. Características de los pacientes

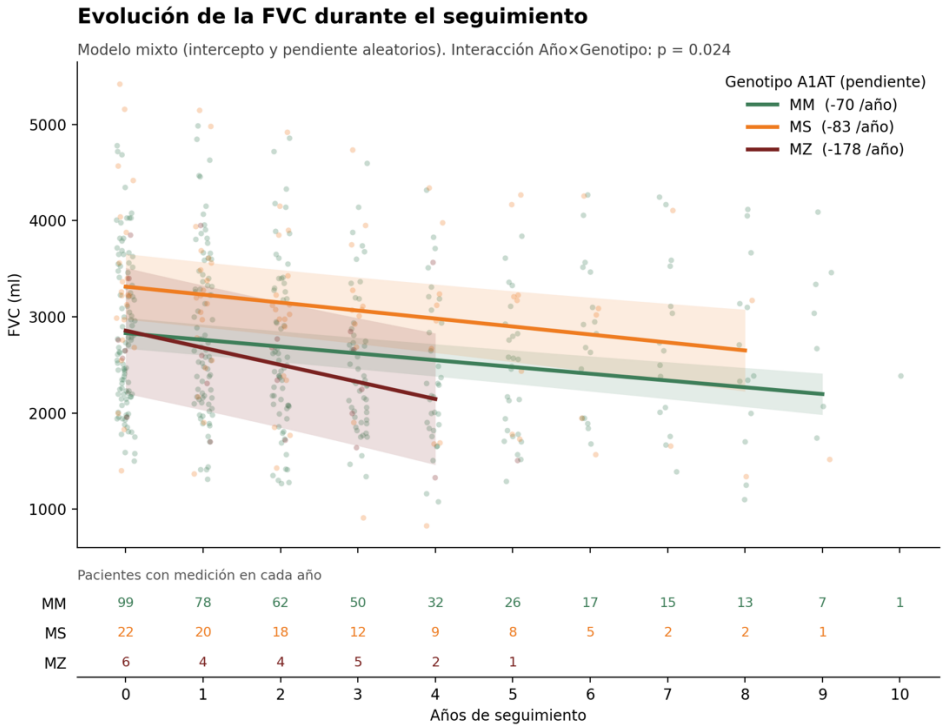
Variable	N	n (%)
Sexo	**150**	
Hombre		107 (71%)
Mujer		43 (29%)
Edad	**150**	
Media (DE)		71,9 (6,6)
Mediana (Q1 - Q3)		72 (67 - 77)
Tabaco	**150**	
Activo		8 (5,3%)
Exfumador		112 (74,6%)
Nunca fumador		30 (20%)
Tratamiento actual	**150**	
Pirfenidona		31 (20,6%)
Nintedanib		62 (41,3%)
No		57 (38%)
Suspende ambos por EA	**150**	
Sí		5 (3,4%)
No		145 (96,6%)
O2	**150**	
Sí		39 (26%)
No		111 (74%)
Tratamiento paliativo	**146 ***	
Sí		20 (14%)
No		126 (86%)
Éxitus	**146 ***	
Sí		13 (9%)
No		133 (91%)

Variable	N	n (%)
GAP	**146 ***	
Estadio I		81 (55,3%)
Tratamiento paliativo		0 (0%)
Estadio II		45 (30%)
Tratamiento paliativo		9 (20%)
Estadio III		20 (13,7%)
Tratamiento paliativo		11 (55%)
Genotipado de A1AT	**146 ***	
No		17 (11,65%)
Sí		129 (88,35%)
MM		101 (78,3%)
GAP II		35 (34,65%)
GAP III		16 (15,85%)
Tratamiento paliativo		13 (12,85%)
MS		22 (17%)
GAP II		8 (36,36%)
GAP III		1 (5%)
Tratamiento paliativo		2 (10%)
MZ		6 (4,65%)
GAP II		2 (33%)
GAP III		2 (33%)
Tratamiento paliativo		2 (33%)

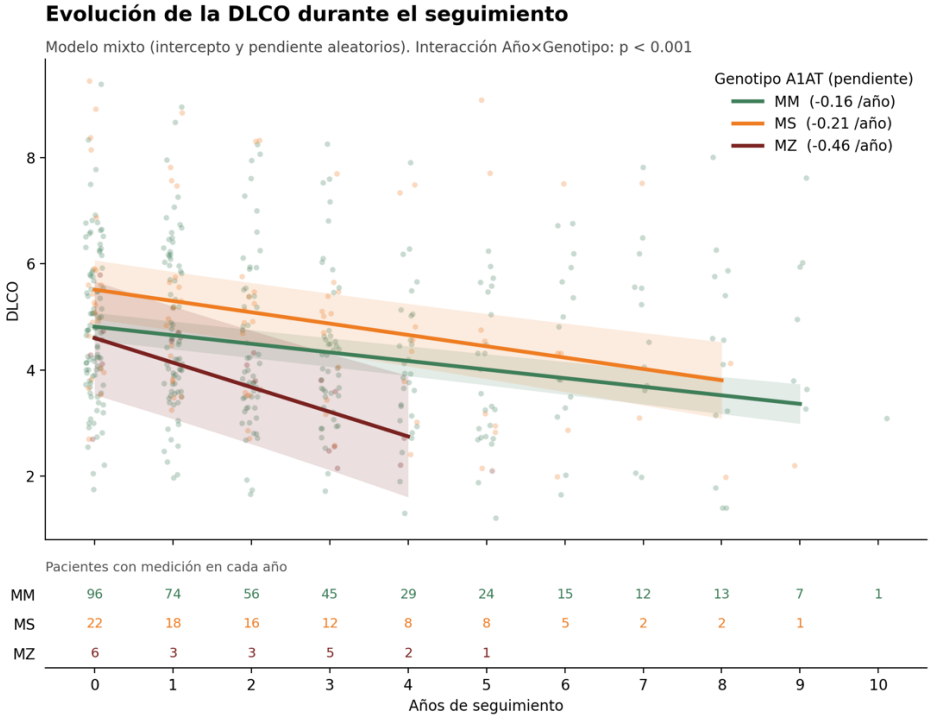
* pérdidas durante seguimiento

Tabla 1. Características de la cohorte (n = 150)

ANEXO 2.



Gráfica 1. Evolución de la FVC (ml) durante el seguimiento según genotipo de SERPINA1



Gráfica 2. Evolución de la DLCO durante el seguimiento según genotipo de SERPINA1

Título: rentabilidad diagnóstica de la EBUS-TBNA en patología granulomatosa hiliomediastínica

Autores: Rabab Ali Abdi. Jon Uriarte. Santiago Regueira. Gorka Bordegaray

Introducción: La EBUS-TBNA es una técnica mínimamente invasiva de alto rendimiento en adenopatías hiliomediastínicas. En patología granulomatosa, es clave para un abordaje integral mediante análisis citológico, microbiológico e inmunofenotípico.

Objetivo: determinar su rendimiento diagnóstico en pacientes con sospecha clínica inicial de patología granulomatosa hiliomediastínica y analizar los factores que influyen en dicho rendimiento.

Material y Métodos: análisis descriptivo y retrospectivo sobre un registro de 12 pacientes sometidos a EBUS-TBNA entre junio y septiembre de 2026. Se analizaron variables demográficas, características radiológicas de las adenopatías (localización, tamaño por TC y captación en PET) y los hallazgos de la evaluación rápida in situ (ROSE). El diagnóstico se estableció mediante la confirmación microbiológica (PCR o cultivo TBC), citológica (presencia de granulomas), y/o inmunológica (CD4/CD8>3.5).

Resultados:

-Rendimiento diagnóstico global: 66,7% (8/12).

-Distribución etiológica: Sarcoidosis 50,0% (4/8), adenopatías de origen no filiado 37,5% (3/8) y tuberculosis 12,5% (1/8).

-Concordancia con la sospecha inicial: 41,7% global (sarcoidosis 75,0%, tuberculosis 33,3% y filiación de adenopatías de origen desconocido 66,7%).

-Parámetros radiológicos: Rentabilidad idéntica (66,7%) independiente del tamaño por TC. La hipercaptación en PET-TC incrementó significativamente la rentabilidad (85,7% vs. 40,0% sin PET-TC).

-Estación ganglionar puncionada: Estación 10 (100%), estación 4 (80,0%), estación 7 (50,0%) y estación 11 (33,3%).

-Pases y evaluación ROSE: Se realizaron 40 pases totales (media: 3,33 ± 1,78/paciente). ROSE garantizó el 100% de muestras representativas (≥1 pase válido por estudio). Elevar el total de pases de 1 a 4–5/paciente aumentó el rendimiento del 50,0% al 75,0%. Sin embargo, la rentabilidad según número de pases validados por ROSE se mantuvo constante en el 66,7% (1, 2 o 3 pases válidos por paciente).

Conclusiones relevantes:

-La EBUS-TBNA es una técnica segura y de alto rendimiento (66,7%) en la patología granulomatosa hiliomediastínica, destacando en el diagnóstico de sarcoidosis.

-La hipercaptación en PET-TC prioriza la diana de punción y aumenta notablemente la rentabilidad (85,7%), independientemente del tamaño ganglionar por TC.

-La evaluación rápida in situ (ROSE) garantizó muestra representativa en el 100% de los casos. Obtener 1 o 2 pases validados por ROSE es suficiente para maximizar el éxito diagnóstico sin necesidad de prolongar el procedimiento.

ASOCIACIÓN ENTRE MOVILIDAD Y FUERZA DIAFRAGMÁTICA MEDIDA POR ECOGRAFÍA Y SINTOMATOLOGÍA, FUNCIÓN PULMONAR Y MUSCULAR EN PACIENTES CON EPOC

J.F. Lenis Gómez, L. Dávila Peña, A. Aramburu Ojembarrena, F. J. Moraza Cortés, M.A. Gil de Gómez García, T. Alegría Marco, I. De La Viuda Camino, A. Ballaz Quincoces.

Introducción y objetivo

La hiperinsuflación pulmonar, el estrés oxidativo, el remodelado muscular y la sarcopenia asociados a la EPOC pueden comprometer la función del diafragma.

El objetivo ha sido evaluar la asociación de parámetros diafragmáticos medidos por ecografía con variables clínicas (grado de disnea y CAT), de función pulmonar (FEV1, TLC, VR, PIM, distancia recorrida en el TM6M y nutricionales (% de masa magra).

Metodología y resultados

Estudio observacional con 36 pacientes EPOC del programa de rehabilitación respiratoria del Hospital Galdakao-Usansolo. La movilidad diafragmática se evaluó en las maniobras de CVF y Sniff y con la pendiente en Sniff. La fuerza del diafragma se evaluó midiendo el grosor diafragmático (inspiratorio y espiratorio) y con la fracción de acortamiento. Para la correlación entre variables se ha utilizado el coeficiente de correlación de Spearman.

La edad media de la muestra fue de 66 años y el 58,8% fueron mujeres. La media del FEV1 fue del 46% y la distancia en el TM6M fue de 355,67 ± 134,67 metros. La excursión diafragmática media fue de 6,97 ± 2,22 cm durante la CVF y de 4,00 ± 1,46 cm durante la maniobra de Sniff. La pendiente en Sniff fue de 16,15 ± 6,34 cm/s. El grosor diafragmático inspiratorio fue de 0,40 ± 0,15 cm y el espiratorio de 0,24 ± 0,08 cm, con una fracción de acortamiento del 83,50%. Se observó una correlación negativa entre el grado de disnea y el grosor inspiratorio del diafragma (p=0,01), y entre la puntuación del cuestionario CAT y el grosor espiratorio (p=0,04). Además, se encontró una asociación positiva entre la distancia recorrida en el TM6M y el grosor espiratorio diafragmático (p=0,04), y entre el volumen residual y la fracción de acortamiento (p=0,0005).

Conculsiones

En la muestra estudiada, un grosor inspiratorio menor se asocia con mayor sintomatología y un grosor espiratorio menor se asocia a peor calidad de vida y menor tolerancia al ejercicio. El atrapamiento aéreo se ha relacionado con una mayor fracción de acortamiento como mecanismo adaptativo frente a la hiperinsuflación.