

Highlights de los Congresos Internacionales. Informe de nuestros representantes en los siguientes eventos internacionales

Highlights of International Congresses.

Report from our Representatives at the Following International Events

1 ATS (American Thoracic Society) 2025, 16 al 21 de mayo

2 SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica) 2025, 12 al 14 de junio

CONGRESO ATS 2025 SOBRE ENFERMEDADES INTERSTICIALES PULMONARES

En el Congreso ATS 2025 se presentaron avances significativos en enfermedades intersticiales pulmonares. A continuación, resumimos tres de los trabajos más relevantes, con la promesa de compartir más novedades en futuras actividades educativas de la AAMR:

1. Nuevo tratamiento para fibrosis pulmonar: Por primera vez en 11 años, se aprobó un nuevo medicamento para la fibrosis pulmonar: Nerandomilast. En los estudios Fibroneer IPF y Fibroneer ILD (DOI: 10.1056/NEJMoa2414108 y DOI: 10.1056/NEJMoa2503643), este fármaco demostró reducir la tasa de caída de la capacidad vital forzada (CVF) en pacientes con fibrosis pulmonar progresiva, tanto con como sin tratamiento antifibrótico concomitante. Aunque los pacientes sin tratamiento concomitante mostraron una caída más leve de la CVF, estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que es probable que haya diferencias en la severidad y en el tiempo de la enfermedad entre los grupos. Además, se observó una disminución de la mortalidad en los pacientes tratados con Nerandomilast en el estudio Fibroneer ILD.
2. Tratamiento de primera línea en sarcoidosis pulmonar: El PREMETH Study (DOI: 10.1056/NEJMoa2501443) comparó la metotrexato y la prednisona como tratamiento inicial en sarcoidosis pulmonar. A las 24 semanas, ambos tratamientos mejoraron de manera similar la CVF, pero la metotrexato resultó no inferior a la prednisona. Aunque los efectos secundarios fueron similares entre los grupos, la prednisona causó más aumento de peso, insomnio y aumento del apetito, mientras que la

metotrexato generó más náuseas, fatiga y alteraciones hepáticas. Estos hallazgos sugieren que la metotrexato podría considerarse una opción de primera línea, especialmente en pacientes preocupados por los efectos secundarios de los esteroides.

3. Evaluación y manejo de anomalías intersticiales: Según las Clinical Statements de ATS (DOI: 10.1164/rccm.202505-1054ST), las anomalías intersticiales pulmonares (ILA) se definen por alteraciones bilaterales en la tomografía computarizada (como vidrio esmerilado, reticulaciones y panalización) que afectan más del 5% de una zona pulmonar. La definición actualizada ya no excluye a poblaciones de alto riesgo. Se recomienda realizar tamizajes para ILA/ILD en estudios de imágenes para cáncer de pulmón, en adultos con enfermedades del tejido conectivo y en familiares de pacientes con fibrosis pulmonar familiar. Además, es clave evaluar síntomas y función pulmonar de base y realizar seguimiento cada 2-3 años.

El presente resumen fue realizado por la Sección de Enfermedades Intersticiales de la AAMR

58° CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA TORÁCICA (SEPAR)

Bilbao, España - Junio 2025

Asistente: Lic. Santiago Larrateguy

Kinesiólogo – Especialista en

Rehabilitación Respiratoria

Miembro activo AAMR

1. Charla: *Mecanismos fisiológicos y neurocientíficos de la disnea*

Disertantes: Dra. Ane Arbillaga y Dr. Javier Gascón

La disnea crónica continúa siendo uno de los síntomas más complejos en el manejo de enfermedades respiratorias. En esta sesión se discutieron los avances recientes en la comprensión de la disnea desde una perspectiva neurocientífica, reconociendo su procesamiento central como un componente clave, más allá del enfoque periférico tradicional.

Principales conceptos abordados:

- **Rol de la rehabilitación pulmonar:**

Reconocida como una de las intervenciones más efectivas para aliviar la disnea, aunque aún se desconocen sus mecanismos exactos. Las hipótesis actuales incluyen:

- o Optimización de la función muscular respiratoria y periférica.
- o Disminución de la demanda ventilatoria.
- o Mejoras cognitivas y afectivas que modulan la percepción del síntoma.

- **Modelo Breathing-Thinking-Functioning (BTF):**

Se propuso este marco clínico para comprender la interacción entre pensamientos ansiosos, alteraciones respiratorias y disminución funcional. Este ciclo perpetúa la disnea, incluso en ausencia de deterioro estructural objetivo.

- **Disnea nociplástica:**

Se utilizó una analogía con el dolor crónico para describir situaciones donde la disnea persiste sin un correlato funcional evidente, sugiriendo mecanismos centrales de sensibilización.

- **Desacople clínico:**

Se remarcó la baja correlación entre disnea y parámetros tradicionales como FEV1 o la escala mMRC. Se enfatizó la necesidad de evaluar la disnea como una experiencia subjetiva multifactorial.

- **Lagunas actuales:**

- o Desconocimiento sobre el grado de participación de los quimiorreceptores.
- o Interacciones aún no esclarecidas entre factores psicológicos y percepción de disnea.

Bibliografía destacada:

- Herigstad M, et al. Respir Med. 2011.
- Parshall MB, et al. Am J Respir Crit Care Med. 2012.

- Pavlovic M, O'Daly O. Semin Respir Crit Care Med. 2022.
- Booth S, et al. Prim Care Respir J. 2013.

2. Taller docente: *Entrevista Motivacional (EM en pacientes respiratorios crónicos)*

Se desarrolló una actividad práctica centrada en la aplicación de la entrevista motivacional como herramienta clínica para mejorar la adherencia y facilitar el cambio de comportamiento en el contexto de la rehabilitación.

Ejes trabajados:

- Importancia de la EM en rehabilitación respiratoria:
 - o Abordaje eficaz de la ambivalencia frente al cambio.
 - o Fortalecimiento de la alianza terapéutica a través de empatía, escucha activa y lenguaje afirmativo.
 - o Particular utilidad en pacientes con miedo a la disnea o recaídas frecuentes.
- Técnicas desarrolladas:
 - o OARS: uso de preguntas abiertas, afirmaciones, reflexiones y resúmenes.
 - o Estrategias de evocación y planificación conjunta.
 - o Feedback respetuoso y centrado en el paciente.

Se remarcó que la EM no debe considerarse solamente una técnica de comunicación, sino una intervención con evidencia sólida para inducir cambios sostenibles en conductas de salud.

3. Charla: *Intervenciones de actividad física en pacientes con exacerbaciones*

Ponente: Dra. Marian Ramon – Vall d'Hebron, Barcelona

La disertación se centró en el impacto negativo de las exacerbaciones respiratorias sobre la actividad física y la funcionalidad, y en la necesidad de intervenir precozmente en el proceso de recuperación.

Puntos principales:

- Las exacerbaciones reducen de manera significativa la capacidad funcional, la fuerza muscular y el bienestar emocional.
- Se identificó una brecha importante entre la intención de mantenerse activo y la conducta real tras el alta hospitalaria.

- Factores como depresión, miedo, entorno desfavorable y comorbilidades contribuyen a la inactividad.

Propuestas de intervención:

- Considerar la exacerbación como un momento clave para iniciar intervenciones estructuradas.
- Integrar programas que incluyan:
 - o Entrevista motivacional
 - o Objetivos individualizados
 - o Identificación de barreras y facilitadores
 - o Seguimiento sistemático del progreso

Conclusión clínica:

La implementación de estrategias individualizadas en etapas post-exacerbación puede prevenir el deterioro funcional, mejorar la calidad de vida y optimizar el pronóstico a largo plazo.

Bibliografía citada:

- Pitta F. Chest. 2006
- Ramon MA. Eur Respir J. 2018
- Valeiro B. ERJ Open Res. 2025
- Feil K. Br J Sports Med. 2023

4. Reuniones institucionales y oportunidades de colaboración

Durante el congreso, se mantuvieron reuniones informales con directivos del Área de Fisioterapia Respiratoria de SEPAR, en las cuales se expresó un fuerte interés en establecer vínculos colaborativos con la Sección de Rehabilitación Respiratoria de la AAMR.

Entre las posibles acciones conjuntas se destacaron:

- Invitación a disertaciones virtuales: la Dra. Ane Arbilla manifestó su disposición a ofrecer la charla sobre disnea en modalidad virtual para profesionales de Argentina.
- Proyectos de investigación intersocietaria: se conversó sobre la posibilidad de generar investigaciones multicéntricas con participación de ambas sociedades.
- Fortalecimiento del vínculo académico: se planteó continuar el diálogo institucional para coordinar futuras acciones educativas y científicas de forma articulada.

Estas gestiones representan una oportunidad estratégica para potenciar el desarrollo de la rehabilitación respiratoria en la región, facilitando el intercambio de saberes y experiencias entre profesionales de habla hispana.

Agradecimiento

Agradezco sinceramente a las autoridades de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR) por el respaldo y la oportunidad de participar en este evento internacional. La posibilidad de representar a la institución en un espacio de alto nivel académico como el Congreso SEPAR no solo permitió una actualización científica rigurosa, sino también la construcción de vínculos estratégicos que podrían derivar en futuras colaboraciones interinstitucionales.

CURSO PRE CONGRESO BRONQUIECTASIAS EN EL MARCO DEL 58° CONGRESO SEPAR EN LA CIUDAD DE BILBAO, ESPAÑA, CURSO PRE CONGRESO BRONQUIECTASIAS

Bilbao, España - Junio 2025

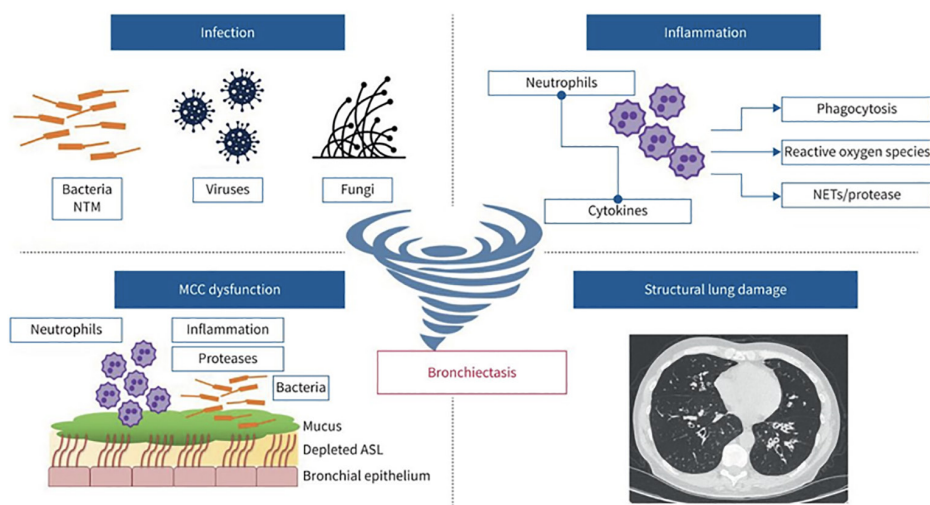
Asistente: Dra. Eugenia Alais

Servicio de Neumonología, Hospital Alemán

En la introducción se repasó el algoritmo diagnóstico de la guía Separ publicada en 2018, cuya actualización saldrá a fines del 2025, y la fisiopatología, cambiando el tradicional esquema de inflamación, infección y daño estructural por el de 4 claves para el desarrollo y progresión de las mismas como la infección, inflamación, disfunción del aclaramiento ciliar y daño estructural, pero ya no representado como un círculo sino que cada componente individualmente puede afectar de manera independiente los otros aspectos cambiando a torbellino o twister.

Entre las causas a tener en cuenta son los trastornos relacionados al CFTR, cuando no se llega al diagnóstico de fibrosis quística. Para ello hay que sospecharlo cuando el paciente tiene características clínicas específicas (fenotipos), excluyendo la fibrosis quística (FQ) y la evidencia de la proteína CFTR parcialmente funcional, cuya falta de actividad no llega a los umbrales de la FQ. Las formas de presentación clínica más frecuentes son: bronquiectasias bilaterales, ABPA, rinosinusitis crónica, pancreatitis crónica o aguda recurrente, colangitis esclerosante primaria, ausencia de conductos deferentes.

Otro gran grupo causal son las relacionadas a enfermedades reumatológicas. La prevalencia de bronquiectasias en la artritis reumatoidea (AR) es del 3-30% y se relaciona con artropatía avanzada y mayor morbimortalidad. Hay factores de riesgo relacionados como la edad



avanzada, mayor tiempo de duración de la AR, variantes genéticas. El Sme de Sjogren primario tiene una prevalencia del 7-54%, don de tipo cilíndricas, predominan en lóbulos inferiores (70%), > edad y hernia de hiato (50%), ac anti SMA positivo. En el lupus sistémico varía entre 13-21% y no se puede establecer si es por la propia enfermedad o como consecuencia de infecciones recurrentes. Las asociadas a vasculitis se asocian mas en mujeres y con ANCA positivo.

Se repasaron los criterios diagnósticos de ABPA teniendo en cuenta que no hay un consenso entre las sociedades, son diferentes en función de la enfermedad de base y no hay una búsqueda activa habitual. Por ej en asma corticoideodependiente es del 2-5%, FQ 8-9%, EPOC 1-2.9%, BQ 6%. Hoy se considerar 4 fenotipos de ABPA pero el tratamiento es similar teniendo como objetivo controlar la respuesta inmune, disminuir la carga fúngica y así mejorar los síntomas, prevenir las exacerbaciones y progresión de BQ.

¿Cuándo sospechar disquinesia ciliar? Síntomas como tos productiva persistente, situs inversus, rinitis/rinosinusitis crónica, cardiopatía congénita, otitis media/hipoacusia, infecciones respiratorias frecuentes. Para el diagnostico el análisis de video de alta velocidad tiene una sensibilidad del 95-100% y especificidad del 93-95%, donde se valora la coordinación, amplitud y patrón de movimiento ciliar.

Dentro de las causas inmunológicas, la mas frecuente es la inmunodeficiencia común variable (BQ 34-68%) y debe sospecharse ante infecciones respiratorias frecuentes, neumonías, sinusopatías severas y otitis. También se asocia con meningitis, endocarditis, abscesos, osteomielitis y sepsis. Dentro del algoritmo de BQ se debe pedir a todos los pacientes dosaje de Ig A, G, M y E y C3, C4. En casos seleccionados subclase de IgG y fenotipo B,T, NK.

BQ y trastornos digestivos: el eje pulmón-intestino tiene un origen en común, un epitelio especializado, barreras físicas (moco, células ciliadas o secretoras), sistema inmune asociado a mucosa (MALT), comparten microbiota y responden inmunológicamente de manera similar. El reflujo se asocia con MTN y BQ pero no encontró que el propio reflujo sea causal de BQ al igual que las enfermedades inflamatorias del colon, que si bien pueden tener una correlación genética positiva, no tienen un efecto causal directo sobre las BQ.

Para recordar otras causas de BQ se encuentra en bronquio traqueal accesorio, la traqueo broncomalacia, estenosis traqueal o bronquial, quiste-broncogénico, secuestro pulmonar, Sme de William Campbell, Sme de las uñas amarillas, Sme Mounier Kuhn, Sme Young, déficit de alfa 1 antitripsina.

Para finalizar, se repasaron distintas patologías causales de BQ y que debemos tenerlas en cuenta en nuestra practica diaria y no quedarnos con las de causa idiopática, sin investigar en origen de las mismas.