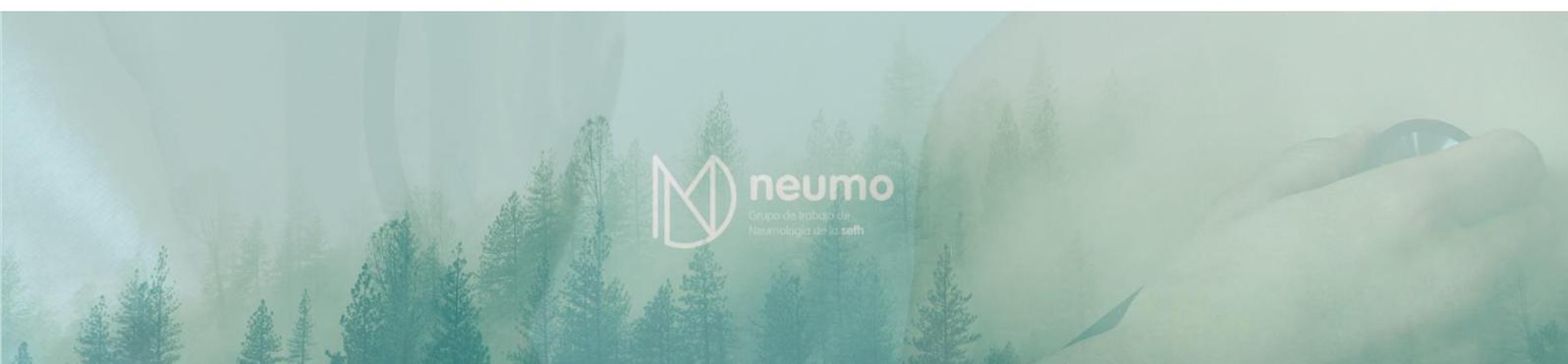


# Boletín Grupo NEUMO

Actualización en patología respiratoria

**Volumen 5, nº2, abril-junio 2025**



# Contenidos

1. Revisión bibliográfica .....	3
2. Novedades terapéuticas.....	6
3. Actualización en terapia respiratoria.....	10
4. Haciendo equipo con.....	14
5. Actividades y formación.....	18
6. Sobre el grupo NEUMO.....	20
7. Autores colaboradores en este número.....	22

# 1. Revisión bibliográfica

## Nuestra selección

### **Effects of Janus kinase inhibitors in adults admitted to hospital due to COVID-19: a systematic review and individual participant data meta-analysis of randomised clinical trials**

Revisión sistemática y metanálisis basado en datos individuales de participantes cuyo objetivo es evaluar los beneficios y los daños de los inhibidores de JAK en comparación con placebo o la atención habitual y si los efectos del tratamiento difieren entre subgrupos de participantes. Se encuentra que los inhibidores de JAK reducen la mortalidad en todos los niveles de soporte respiratorio, independientemente del tratamiento con dexametasona o tocilizumab, y probablemente disminuye los eventos adversos graves en comparación con no tratar con inhibidores de JAK.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(25\)00055-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(25)00055-4/fulltext)

### **Effect of viloxazine and trazodone in obstructive sleep apnoea: a randomised, placebo-controlled, cross-over study**

Estudio que investiga el efecto de viloxozina, un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina, con y sin trazodona, sobre la gravedad de la apnea obstructiva del sueño, tomando como base que la atomoxetina, otro inhibidor de la recaptación de noradrenalina, mejora la gravedad de la apnea obstructiva del sueño combinado con oxibutinina o trazodona, pero presenta un peor perfil de seguridad.

<https://thorax.bmj.com/content/early/2025/05/13/thorax-2024-222513>

### **Systematic review and meta-analysis of the efficacy of biologic and targeted synthetic therapies in sarcoidosis**

Revisión sistemática y meta-análisis que tiene como objetivo evaluar el papel de agentes anti-TNF, otros biológicos no anti-TNF y terapias sintéticas dirigidas en el tratamiento de la sarcoidosis. Confirma la moderada eficacia de infliximab para la sarcoidosis pulmonar y destaca datos prometedores pero limitados para adalimumab, nrofacinib y efzofitimob en manifestaciones específicas de la enfermedad.

<https://thorax.bmj.com/content/early/2025/05/19/thorax-2025-223014>

📄 **Pharmacodynamic Effect of Different Dosage Regimes of Oseltamivir in Severe Influenza Patients Requiring Mechanical Ventilation: A Multicentre Randomised Controlled Trial**

Ensayo multicéntrico, aleatorizado y con grupo control, que evalúa si dosis más altas de oseltamivir mejoran los resultados virológicos y clínicos en pacientes con gripe grave que requieren ventilación mecánica invasiva, concluyendo que dosis más altas de oseltamivir no mejoran significativamente los resultados virológicos ni clínicos.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/irv.7010>

📄 **Impact of Nirsevimab on RSV and Non-RSV Severe Respiratory Infections in Hospitalized Infants**

Estudio que tiene como objetivo comparar las características clínicas y virológicas de las infecciones respiratorias en lactantes hospitalizados antes y después de la introducción de nirsevimab, un anticuerpo monoclonal que proporciona inmunidad pasiva contra las infecciones por virus respiratorio sincitial (VRS) en lactantes.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/irv.70105>

📄 **Step up to triple therapy versus switch to dual bronchodilator therapy in patients with COPD on an inhaled corticosteroid/long-acting  $\beta$ 2-agonist: post-hoc analyses of KRONOS**

📄 Estudio que evalúa el efecto de escalar a CSI/LAMA/LABA frente a cambiar a LAMA/LABA o permanecer con CSI/LABA sobre la función pulmonar y las tasas de exacerbación en individuos con EPOC con síntomas sin un historial reciente de exacerbaciones.  
<https://respiratory-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12931-025-03234-5>

📄 **Brief Report: Late Immune-Related Adverse Events (IRAEs) After  $\geq 2$  Years of Immune Checkpoint Inhibitor (ICI) Therapy: Incidence and Association with Survival in Patients with Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer (NSCLC)**

Análisis retrospectivo y unicéntrico de pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP), que recibieron tratamiento con inhibidores del punto de control inmunitario (ICI) durante más de 2 años, con el objetivo de determinar la incidencia y los factores de riesgos para el desarrollo de eventos adversos tardíos, así como evaluar la asociación entre la aparición de los eventos y la supervivencia.  
[https://www.jtocrr.org/article/S2666-3643\(25\)00068-2/fulltext](https://www.jtocrr.org/article/S2666-3643(25)00068-2/fulltext)

## Otros artículos de interés

**Reduced treatment response to inhaled corticosteroids in current smokers with COPD, regardless of blood eosinophil count: insights from the FLAME trial**

<https://thorax.bmj.com/content/early/2025/05/10/thorax-2024-222547>

**Belatacept as an alternative immunosuppressive agent for bone marrow-sparing in idiopathic pulmonary fibrosis lung transplant recipients with short telomeres**

[https://www.jhltonline.org/article/S1053-2498\(25\)01961-8/fulltext](https://www.jhltonline.org/article/S1053-2498(25)01961-8/fulltext)

**COVID-19 Vaccine Effectiveness Against Medically Attended Symptomatic SARS-CoV-2 Infection Among Target Groups in Europe, October 2024–January 2025, VEBIS Primary Care Network**

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/irv.70120>

**The longitudinal impact of low-dose morphine on diurnal cortisol profiles in people with chronic breathlessness and chronic obstructive pulmonary disease (COPD): an exploratory study**

<https://respiratory-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12931-025-03230-9>

**Evaluation of the safety, pharmacokinetics, and antitumor activity of tusamitamab ravtansine in patients with nonsquamous non-small cell lung cancer with high or moderate expression of carcinoembryonic antigen-related cell adhesion molecule 5 (CEACAM5)**

[https://www.jtocrr.org/article/S2666-3643\(25\)00061-X/fulltext](https://www.jtocrr.org/article/S2666-3643(25)00061-X/fulltext)

**Role of Quality of Life in Daily Functioning, Communication with Care Teams, and Treatment Decisions in Patients with ALK+ NSCLC**

[https://www.jtocrr.org/article/S2666-3643\(25\)00080-3/fulltext](https://www.jtocrr.org/article/S2666-3643(25)00080-3/fulltext)

**Activity of Brigatinib in Patients With Crizotinib-Resistant ALK-positive Non-Small-Cell Lung Cancer According to ALK Fusion and Mutation Status**

[https://www.clinical-lung-cancer.com/article/S1525-7304\(25\)00128-7/fulltext](https://www.clinical-lung-cancer.com/article/S1525-7304(25)00128-7/fulltext)

**Glycopyrrolate/formoterol fumarate MDI in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease (PIONEER): a protocol for a randomised, double-blind, placebo-controlled trial**

<https://bmjopenrespres.bmj.com/content/12/1/e002656>

**Pre-biologic assessment of adherence in severe asthma and association with biologic continuation: a UK Severe Asthma Registry Study**

<https://bmjopenrespres.bmj.com/content/12/1/e003019>

# 2. Novedades terapéuticas



## Opiniones EMA

### Opiniones positivas para nuevos medicamentos

**Alyftrek** (*deutivacaftor, tezacaftor, vanzacaftor calcio dihidrato*) – 50 mg / 20 mg / 4 mg y 125 mg / 50 mg / 10 mg comprimidos recubiertos con película. Indicación terapéutica:

- Alyftrek está indicado para el tratamiento de la fibrosis quística (FQ) en personas a partir de 6 años de edad con al menos una mutación que no sea de Clase I en el gen regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR).

### Opiniones positivas para nuevas indicaciones/modificación de indicaciones

**Adempas (riociguat)** – 0,5 mg / 1 mg / 1,5 mg / 2 mg / 2,5 mg comprimidos recubiertos con película y 0,15 mg/ml granulado para suspensión oral.

- Nueva forma farmacéutica: 0,15 mg/ml granulado para suspensión oral.
- Extensión de la indicación (en **negrita** y ~~tachado~~):
  - o Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC). Adempas está indicado en el tratamiento de pacientes adultos en Clase Funcional (CF) II a III de la OMS con HPTEC inoperable, HPTEC persistente o recurrente después de tratamiento quirúrgico, para mejorar la capacidad para realizar ejercicio.
  - o Hipertensión arterial pulmonar (HAP).

#### Adultos:

Adempas, en monoterapia o en combinación con antagonistas de los receptores de la endotelina, está indicado en el tratamiento de pacientes adultos con hipertensión arterial pulmonar (HAP) en Clase Funcional (CF) II a III de la OMS para mejorar la capacidad para realizar ejercicio. ~~Se ha demostrado eficacia en una población con HAP incluyendo etiologías de HAP idiopática o heredable, o bien HAP asociada a trastornos del tejido conjuntivo.~~

#### Pacientes pediátricos:

Adempas, en combinación con antagonistas de los receptores de la endotelina, está indicado en el tratamiento de pacientes pediátricos **de entre 6 y menos** ~~menores~~ de 18 años ~~de edad~~ y peso corporal  $\geq 50$  kg con HAP en Clase Funcional (CF) II a III de la OMS.

## Otra información de interés – resultados de arbitraje

### Azitromicina

El CHMP ha recomendado una serie de modificaciones en el uso de la azitromicina en la Unión Europea, con el objetivo de optimizar su utilización y reducir el riesgo de desarrollo de resistencias antimicrobianas.

#### Motivación de la revisión

La azitromicina, antibiótico macrólido ampliamente utilizado en adultos y niños, figura en la lista de medicamentos esenciales de la OMS.

Sin embargo, también está clasificada en la categoría Watch de la OMS, debido a su mayor riesgo de generar resistencias.

Datos recientes muestran un aumento en su consumo y en la prevalencia de resistencias bacterianas asociadas, lo que motivó esta reevaluación iniciada el 30 de octubre de 2023 a petición del Instituto Federal Alemán de Medicamentos y Productos Sanitarios, conforme al artículo 31 de la Directiva 2001/83/CE.

#### Cambios principales recomendados

Revisión y armonización de las indicaciones autorizadas, posología (incluida por grupos de edad), contraindicaciones, interacciones, uso en embarazo, efectos adversos y datos clínicos.

#### Indicaciones revisadas:

- Infecciones respiratorias altas y bajas (sinusitis bacteriana aguda, faringitis estreptocócica, bronquitis crónica, neumonía adquirida en la comunidad).
- ETS como uretritis y cervicitis por *Chlamydia trachomatis* o *Neisseria gonorrhoeae*.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Infecciones dentales (abscesos periodontales, periodontitis).
- Tratamiento y prevención de infecciones por *Mycobacterium avium complex* en personas con VIH-1.

#### Indicaciones a suprimir (por falta de evidencia suficiente):

- Acné vulgar moderado.
- Erradicación de *Helicobacter pylori*.
- **Prevención de exacerbaciones del asma eosinofílica y no eosinofílica.**

#### Nueva advertencia de seguridad

Se incluirá una advertencia en la ficha técnica sobre el riesgo de desarrollo de resistencias antimicrobianas, debido a los niveles prolongados y decrecientes de azitromicina en plasma y tejidos tras el tratamiento. La advertencia indicará que el tratamiento solo debe iniciarse tras una cuidadosa evaluación beneficio-riesgo, considerando la prevalencia local de resistencias y cuando no estén indicados otros regímenes terapéuticos preferentes.

# Sistema Nacional de Salud

## Nuevos informes de posicionamiento terapéutico publicados

**Benralizumab (Fasenra®)** como tratamiento adicional en pacientes adultos con granulomatosis eosinofílica con poliangéitis recurrente o refractaria

<https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2025/IPT-351-Fasenra-benralizumab.pdf>

## Inclusión en la prestación farmacéutica – Acuerdos Comisión Interministerial de precios de medicamentos

Acuerdos de precio y financiación – Nuevos medicamentos

### **Omlyclo (omalizumab) solución inyectable en jeringa precargada**

- Indicación terapéutica autorizada:
  - Asma alérgica. Omlyclo está indicado en adultos, adolescentes y niños (de 6 a <12 años de edad). El tratamiento con Omlyclo deberá ser considerado únicamente para pacientes con asma mediada de forma convincente por IgE (inmunoglobulina E).
    - Adultos y adolescentes (a partir de 12 años de edad): Omlyclo está indicado para mejorar el control del asma cuando se administra como tratamiento adicional en pacientes con asma alérgica grave persistente que presentan test cutáneo positivo o reactividad in vitro a aeroalérgenos perennes y con función pulmonar reducida (FEV1 <80%) así como, síntomas frecuentes durante el día o despertares por la noche y que han presentado múltiples exacerbaciones asmáticas graves documentadas, a pesar de utilizar corticosteroides diarios inhalados a dosis altas, más un agonista beta2 inhalado de larga duración.
    - Niños (6 a <12 años de edad): Omlyclo está indicado para mejorar el control del asma cuando se administra como tratamiento adicional en pacientes con asma alérgica grave persistente que presentan test cutáneo positivo o reactividad in vitro a aeroalérgenos perennes y síntomas frecuentes durante el día o despertares por la noche y que han presentado múltiples exacerbaciones asmáticas graves documentadas, a pesar de utilizar corticosteroides diarios inhalados a dosis altas, más un agonista beta2 inhalado de larga duración.
  - Rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RSCcPN). Omlyclo está indicado como tratamiento adicional a corticosteroides intranasales para el tratamiento de pacientes adultos (mayores de 18 años de edad) con RSCcPN grave para quienes la terapia con corticosteroides intranasales no proporciona un control adecuado de la enfermedad.

- Con respecto a este medicamento, la Comisión acuerda **proponer a la Dirección General la inclusión en la prestación farmacéutica** de este medicamento para las indicaciones autorizadas.
- Limitar su uso en el SNS a las siguientes poblaciones y condiciones:
  - o Asma alérgica (Adultos y adolescentes a partir de 12 años de edad): para mejorar el control del asma cuando se administra como tratamiento adicional en pacientes con asma alérgica grave persistente que presentan test cutáneo positivo o reactividad in vitro a aeroalérgenos perennes y con función pulmonar reducida (FEV1 <80%) así como, síntomas frecuentes durante el día o despertares por la noche y que han presentado múltiples exacerbaciones asmáticas graves documentadas, a pesar de utilizar corticosteroides diarios inhalados a dosis altas, más un agonista beta2 inhalado de larga duración.
  - o Asma alérgica (Niños 6 a <12 años de edad): para mejorar el control del asma cuando se administra como tratamiento adicional en pacientes con asma alérgica grave persistente que presentan test cutáneo positivo o reactividad in vitro a aeroalérgenos perennes y síntomas frecuentes durante el día o despertares por la noche y que han presentado múltiples exacerbaciones asmáticas graves documentadas, a pesar de utilizar corticosteroides diarios inhalados a dosis altas, más un agonista beta2 inhalado de larga duración.
  - o Rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RSCcPN): tratamiento adicional a corticosteroides intranasales para el tratamiento de pacientes adultos (mayores de 18 años de edad) con RSCcPN grave para quienes la terapia con corticosteroides intranasales no proporciona un control adecuado de la enfermedad. En el SNS se restringe la indicación autorizada para el tratamiento adicional con corticosteroides intranasales para el tratamiento de adultos con RSCcPN grave que hayan sido sometidos a dos o más cirugías en aquellos pacientes cuyo valor basal de IgE sea < 200 UI/ml y un peso inferior a 90 kg.

#### **Ventolin® (salbutamol) solución inyectable**

- Indicación terapéutica autorizada:
  - o Alivio del broncoespasmo severo y tratamiento del "status asmaticus". La utilización de Ventolin 0,5 mg/ml solución inyectable no excluye una terapia corticoidea que sea adecuada al caso. Ventolin 0,5 mg/ml solución inyectable está indicado en adultos y adolescentes.

Con respecto a este medicamento, la Comisión acuerda **proponer a la Dirección General la inclusión en la prestación farmacéutica** de este medicamento para la indicación autorizada

#### Acuerdos de precio y financiación – Nuevas indicaciones

#### **Fasenra® (benralizumab)**

- Indicación objeto de este expediente: Granulomatosis eosinofílica con poliangéitis (GEPA) Fasenra está indicado como tratamiento adicional en pacientes adultos con granulomatosis eosinofílica con poliangéitis recurrente o refractaria.

Con respecto a este medicamento relacionado, la Comisión acuerda **proponer a la Dirección General la inclusión en la prestación farmacéutica** del SNS de la indicación objeto de este expediente.

## 3. Actualización en terapia respiratoria

### Hipertensión pulmonar: diagnóstico

En el anterior número del boletín, presentamos la **hipertensión pulmonar (HP)**. Vimos la definición, los signos y los síntomas de una de las patologías respiratorias con mayor impacto clínico. En este número nos centraremos en su diagnóstico.

Se estima que la HP tiene una prevalencia entorno al 1% de la población. El diagnóstico se retrasa una media de 2,5 años por la propia idiosincrasia de la enfermedad. Por una parte, al presentarse con signos y síntomas variados e inespecíficos (disnea, cansancio, distensión abdominal, etc.) se puede producir un retraso en la consulta de los propios pacientes. Cuando estos acuden a su médico de primaria, estos signos y síntomas inespecíficos hacen que se piense en otras patologías dentro del diagnóstico diferencial y esto puede producir un retraso que puede ser esencial ya que sabemos que, a mayor tiempo hasta el diagnóstico, mayor mortalidad (al no haberse tratado ese tiempo). Por tanto, **el diagnóstico es uno de los retos** al que nos enfrentamos en esta patología.

Pero para poder entender bien la fase diagnóstica, es importante recordar la propia fisiopatología de la enfermedad. Recordemos que la hipertensión pulmonar se refiere a una presión sanguínea elevada a nivel de los vasos sanguíneos pulmonares, lo que a la larga puede producir una sobrecarga del corazón derecho por estas resistencias vasculares. También debemos recordar que las presiones de la circulación pulmonar son mucho más bajas que la circulación sistémica. De hecho, una presión arterial pulmonar media (PAPm) superior a 20 mm Hg se considera hipertensión pulmonar.

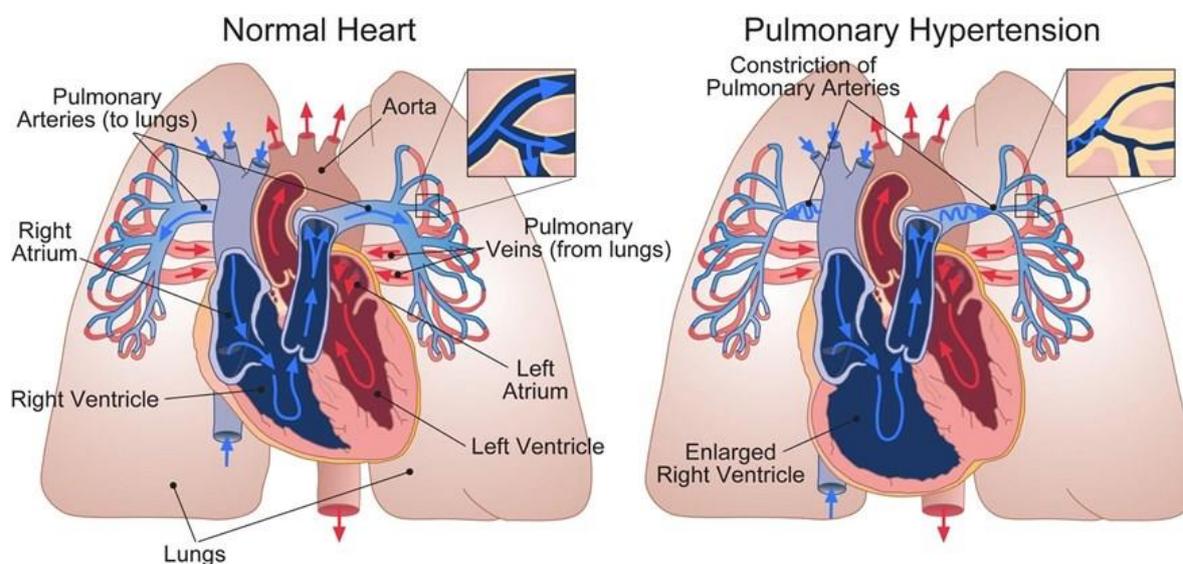


Figura 1. Diferencias entre circulación pulmonar normal e hipertensión pulmonar Ref: (3)

El diagnóstico se orienta en base a varios aspectos:

- Síntomas compatibles
- Cribado en pacientes concretos
- Ecocardiografía
- Factores "sospecha": Clínica, FRCV, ECG, espirometría, gasometría arterial
- Cateterismo cardíaco derecho
- Gammagrafía V/Q +/- angio TC

Los **síntomas compatibles** se vieron anteriormente e incluyen problemas inespecíficos como la disnea, fatiga, retención de líquidos, síncope, hemoptisis, etc. Los signos como la cianosis, sonidos cardíacos, ascitis o edemas también son inespecíficos en su mayoría. Al realizar el diagnóstico diferencial e ir descartando otras patologías se orientará como una posible hipertensión pulmonar.

Existen diferentes **pacientes que por sus características** tienen mayor riesgo de hipertensión pulmonar, por lo que se hará cribado en los siguientes casos:

- Pacientes asintomáticos con:
  - Esclerodermia
  - Hipertensión portal y valoración trasplante hepático
  - Familiares de primer grado con HAP hereditario
- Pacientes sintomáticos con:
  - Cardiopatías congénitas
  - Infección VIH

La **ecocardiografía es la prueba de cribado inicial** al ser una prueba no invasiva que nos da información de gran interés. Por una parte, permite "estimar" la presión arterial pulmonar (PAP) y además evaluar si existen signos de disfunción ventricular derecha e izquierda. Adicionalmente, puede servir para la evaluación del pronóstico.

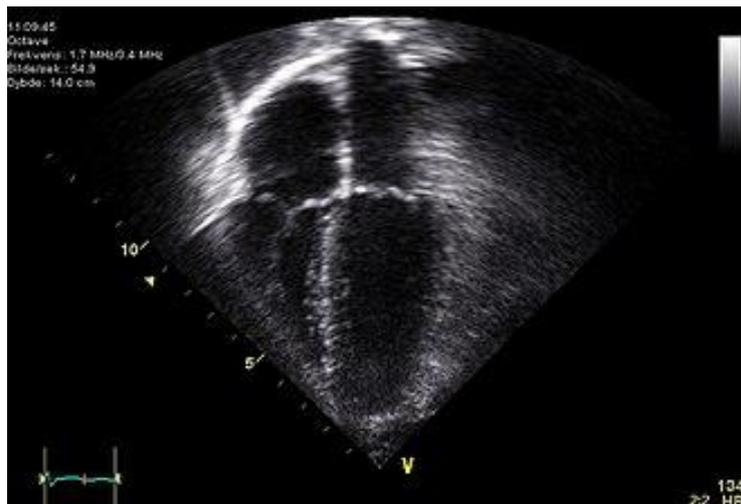


Figura 2. Imagen de una ecocardiografía Ref: Wikimedia Commons

Existe una serie de **factores que nos pueden orientar**, como la clínica, los factores de riesgo cardiovascular, los datos de espirometría y la gasometría arterial. Puede ser útil para la sospecha y seguimiento, pero a veces pueden ser normales y haber HP.

El **cateterismo cardiaco derecho (CCD)** es el gold standard en el diagnóstico de la hipertensión pulmonar. Es una prueba invasiva y de carácter hemodinámico. La prueba se realiza en sala de hemodinámica o de cuidados intensivos mediante un acceso venoso (yugular, femoral, antebraquial, etc.). El paciente estará monitorizado en todo momento. A medida que pasa el balón del catéter podemos medir la presión de la aurícula derecha, la presión del ventrículo derecho (sistólica y diastólica), la presión de la arteria pulmonar y finalmente la presión de enclavamiento o "postcapilar". Esta última presión es capaz de estimar la presión de la presión postcapilar (aunque no llegue, se queda en las arteriolas físicamente). De esta forma podemos orientarnos respecto al origen: precapilar (corazón derecho o circuito arterial pulmonar), postcapilar (izquierdo) o mixto. A la presión postcapilar también se le llama en algunas ocasiones "capilar".

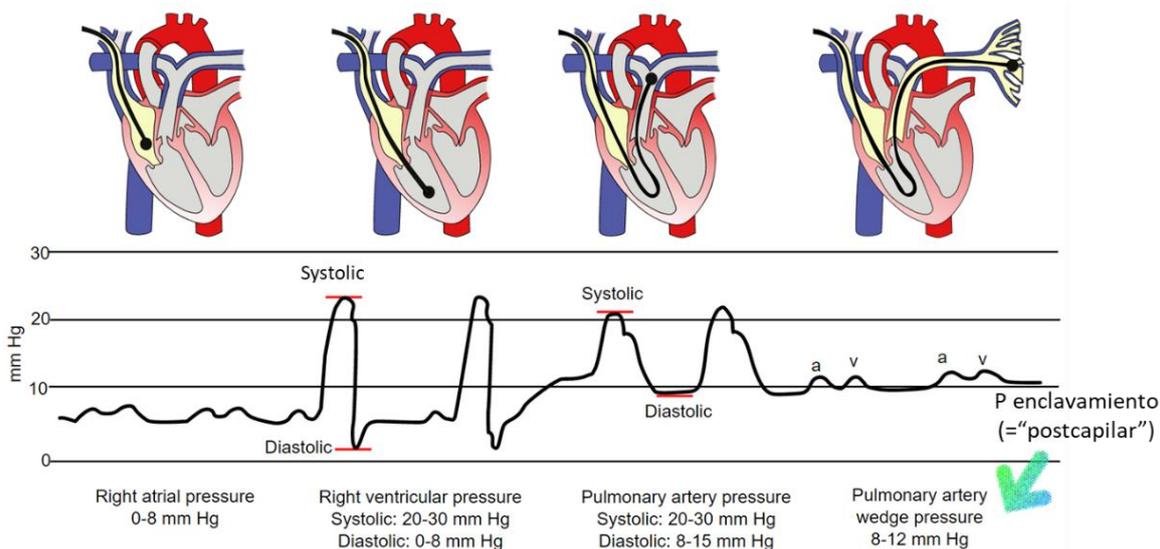


Figura 3. Presiones medidas en el cateterismo derecho Modificado de Ref: 6

Finalmente, la gammagrafía V/Q (ventilación/perfusión) nos va a servir para evaluar si existe tromboembolia pulmonar crónica (CTEPH), que puede ser la responsable de la HP. Es un estudio nuclear que compara cómo llega el aire (ventilación) y cómo llega la sangre (perfusión) a distintas partes del pulmón. Implicará la inhalación de un radiofármaco y la inyección de un marcador. El angioTC pulmonar complementa la gammagrafía en la detección de trombos pulmonares.

Algunas de estas pruebas, como el cateterismo, también permite evaluar la evolución de la patología en el seguimiento de los pacientes.

En los próximos boletines nos adentraremos en otros conceptos clave en el manejo de la hipertensión pulmonar, como es su clasificación, seguimiento y tratamiento.

## REFERENCIAS

1. Weatherald J, Humbert M. The 'great wait' for diagnosis in pulmonary arterial hypertension. *Respirology*. 2020 Aug;25(8):790-792. doi: 10.1111/resp.13814. Epub 2020 Apr 1.
2. Khou V, Anderson JJ. Diagnostic delay in pulmonary arterial hypertension: Insights from the Australian and New Zealand pulmonary hypertension registry. *Respirology*. 2020 Aug;25(8):863-871. doi: 10.1111/resp.13768. Epub 2020 Jan 30.
3. Adult Congenital Heart Association. Q&A: Pulmonary Hypertension [Internet]. Columbus (OH): Adult Congenital Heart Association; 2015 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.achaheart.org/your-heart/educational-qas/living-with-chd/pulmonary-hypertension/>
4. Humbert M, et al. 2022 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. *Eur Respir J*. 2023. Jan 6;61(1):2200879. doi: 10.1183/13993003.00879-2022. Print 2023 Jan.
5. Protocolos de Actuación en Hipertensión Pulmonar. Unidad Multidisciplinar de Hipertensión Pulmonar Hospital Universitario 12 de Octubre. Ed. 2022
6. RightHeart Waveforms (Figura 1) [Internet]. PCIPedia; c2025. Disponible en: [https://www.pcipedia.org/images/6/64/RightHeart\\_Waveforms\\_Fig1.svg](https://www.pcipedia.org/images/6/64/RightHeart_Waveforms_Fig1.svg)

## 4. Haciendo equipo con...

### Jorge del Estal Jiménez

Unitat de Farmàcia Ambulatòria y Pacient Extern (UFAPEX), Parc Taulí Hospital  
Universitari

Coordinador del grupo NEUMO (SEFH)



#### **Construyendo puentes con la otorrinolaringología: consulta de atención farmacéutica al paciente con poliposis nasal**

La irrupción de los tratamientos biológicos en patologías respiratorias ha ampliado los márgenes tradicionales del trabajo farmacéutico, invitándonos a salir de zonas clínicas ya conocidas y explorar nuevos espacios asistenciales. La poliposis nasal, hasta hace poco terreno casi exclusivo de la otorrinolaringología quirúrgica, es un buen ejemplo. El desarrollo de una consulta de atención farmacéutica al paciente con rinosinusitis crónica con poliposis nasal (RSCcPN) grave ha supuesto para nuestro servicio un salto cuantitativo y cualitativo en la forma en que entendemos el trabajo conjunto, la atención longitudinal y la coordinación con nuevas especialidades.

La indicación de los biológicos en RSCcPN ha generado un escenario clínico de alta complejidad: pacientes con múltiples cirugías previas, pérdida funcional significativa (anosmia, congestión nasal persistente, cefalea), necesidad de corticoides reiterados y, muy frecuentemente, coexistencia de asma grave. Desde esta realidad surgió la necesidad de organizar un circuito estructurado de valoración, selección y seguimiento

terapéutico en el que el farmacéutico hospitalario pudiese asumir un rol activo y no meramente dispensador.

#### Del comité a la consulta: un modelo de integración progresiva

El punto de inflexión fue la creación de la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Vía Área Única (UDTVAU) y la incorporación de los compañeros de otorrinolaringología al Comité de asma grave no controlado. Ambos espacios, generan un foro multidisciplinar que integra otorrinolaringología, neumología, enfermería y farmacia hospitalaria. En este comité se revisan los casos candidatos a terapia biológica, valorando fenotipo inflamatorio, número y tipo de intervenciones quirúrgicas previas, escalas de severidad y el impacto en calidad de vida. El papel del farmacéutico en este entorno aporta una visión longitudinal, análisis de adecuación al algoritmo clínico, estrategia de seguimiento y evaluación de adherencia.

Una vez seleccionado el biológico, se estructura un circuito de atención farmacéutica que combina entrevista clínica inicial, seguimiento individualizado según estratificación CMO.

Un elemento diferencial del proyecto ha sido la coordinación con enfermería especializada en ORL. Desde el inicio, se estableció un circuito de administración inicial en entorno controlado, registro de signos vitales, formación en la técnica (en caso de autoadministración) y recogida de variables clínicas.

#### Coordinación asistencial estructurada

La implantación de la consulta se ha acompañado del diseño de un circuito asistencial estandarizado, que garantiza la continuidad asistencial y la integración de todos los profesionales implicados. Este circuito contempla las siguientes etapas:

- Diagnóstico clínico: realizado de forma coordinada en consulta conjunta entre los servicios de neumología y otorrinolaringología, permitiendo una evaluación integral del paciente con sospecha de RSCcPN y sus comorbilidades respiratorias.
- Selección del tratamiento: llevada a cabo en el seno del comité multidisciplinar donde participan neumología, otorrinolaringología, farmacia hospitalaria y enfermería especializada. Se valora de forma consensuada la indicación de tratamiento biológico, teniendo en cuenta el fenotipo, la severidad de los síntomas, el historial quirúrgico y el impacto en calidad de vida.
- Primera visita de atención farmacéutica: realizada por el farmacéutico hospitalario, centrada en la educación terapéutica, revisión de medicación concomitante, establecimiento de objetivos farmacoterapéuticos y estratificación del paciente según el modelo CMO.
- Consulta de enfermería avanzada: en la que se refuerza la educación sanitaria, se instruye al paciente en el manejo del tratamiento y se realiza la administración supervisada del biológico.

- Seguimiento longitudinal, estructurado en tres ejes:
  - o Consultas médicas periódicas con los servicios implicados para monitorización clínica y respuesta al tratamiento.
  - o Consultas de enfermería avanzada durante las tres primeras administraciones del biológico en centro, con evaluación clínica y técnica.
  - o Seguimiento farmacéutico individualizado a partir del inicio del uso domiciliario (home use), con una periodicidad determinada según el nivel de priorización CMO, incluyendo entrevistas motivacionales, control de adherencia y evaluación de resultados percibidos por el paciente.

#### Aplicación del modelo CMO: estratificación, motivación, oportunidad

La consulta al paciente con RSCcPN grave sigue de forma sistemática el modelo CMO de atención farmacéutica en su adaptación a patologías respiratorias. En primer lugar, aplicamos el modelo de estratificación específico que nos permite categorizar a los pacientes en tres niveles de prioridad considerando variables clínicas, farmacológicas, sociales y de uso de recursos. En los pacientes con poliposis nasal encontramos perfiles de alta complejidad por multimorbilidad respiratoria, polimedicación, y deterioro importante de calidad de vida.

A partir del nivel de estratificación, se establece un plan de atención diferenciado. Dicho plan de acción implementa herramientas para reforzar la adherencia, evaluar la experiencia del paciente y el impacto del tratamiento en su funcionalidad. La formación se centra no solo en el tratamiento biológico, sino en el conjunto de medidas higiénico-dietéticas, técnicas de administración, vacunación y seguimiento conjunto de comorbilidades.

La oportunidad asistencial se vehicula a través de una estrategia dual: consulta presencial en inicio y posible seguimiento telemático en fases de estabilización. Se aprovechan los recursos de telefarmacia para la evaluación periódica mediante cuestionarios estandarizados y monitorización de dispensaciones, evitando visitas innecesarias y facilitando un modelo centrado en el paciente.

A día de hoy, en nuestra experiencia, tras el inicio de biológicos, hemos observado un descenso notable en el uso de corticoides sistémicos pro parte del paciente, reducción de las visitas a urgencias y, sobre todo, una mejora referida por el paciente en su capacidad funcional y percepción de control de la enfermedad.

En paralelo, se ha generado una cultura compartida entre farmacia y ORL que no existía previamente: revisión conjunta de casos, ajuste precoz de tratamiento en no respondedores, identificación de efectos adversos y, en definitiva, corresponsabilidad terapéutica.

## Conclusión

La consulta de atención farmacéutica al paciente con poliposis nasal no es solo una respuesta a la llegada de nuevos tratamientos. Es una oportunidad para redefinir el papel del farmacéutico hospitalario en patologías no seguidas hasta el momento en la Farmacia Hospitalaria, para tejer nuevas redes clínicas, y para situar al paciente, con su historia, su experiencia y su motivación, en el centro del proceso terapéutico.

## **¿QUIERES CONTARNOS TU EXPERIENCIA?**

**Si te apetece participar contacta con nosotros. ¡Tú puedes ser el próximo!**

<https://gruposdetrabajo.sefh.es/neumo/index.php/contacta-al-grupo>

# 5. Actividades y formación

## Calendario de actividades y formación

### Plataforma Cátedra de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM)

- [Actualización en enfermedades raras que afectan al aparato respiratorio](#). Curso online de 57 horas. Universidad Autónoma de Madrid. Inscripciones abiertas todo el año.

### Bellvitge Hospital Universitari

- [Curso de Simulación Clínica Aplicada al Manejo del Asma Grave asociada a Rinosinusitis Crónica con Poliposis Nasal](#). Enfocado también a farmacéuticos. Se celebró la 3ª edición en mayo, pendiente fechas del siguiente año.

### Formación de la Sociedad Española de Neumología y C. Torácica (SEPAR)

- [Programa AGER: Actualización Global En Respiratorio](#). Se trata de másteres y cursos de múltiples temáticas clasificados por áreas de trabajo, cada uno con sus fechas de inicio y finalización. Tienen posibilidad de realizarse tanto online como presencialmente.

### Formación de la Sociedad Española de Enf. Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC)

- [Cursos de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica](#). Incluye el Máster SEIMC en Enfermedades Infecciosas, el diploma SEIMC en Microbiología Clínica y otras actividades del grupo como los grupos de estudio y el congreso SEIMC, que se celebra en mayo. *Próximamente se ampliará información sobre el [Congreso Nacional SEIMC 2026](#).*

### Escuela de Formación Luzán Cinco

- [Escuela de Formación Luzán Cinco](#). Disponibilidad de varios cursos y posgrados relacionados con la patología respiratoria, entre otros. De interés en el campo de la Neumología:
  - [Diploma Universitario en Experto en el Tratamiento Biológico del Asma](#) (4ª ed.). Modalidad online. Matrícula cerrada actualmente. 15 ECTS.

- [Diploma Universitario de Experto en Asma Grave](#) (3ª ed.). Modalidad online. 15 ECTS. Matrícula cerrada con posibilidad de reservar plaza para la siguiente edición. Empieza en abril.

#### **Universidad de Castilla-La Mancha**

- [Experto en Enfermedad Pulmonar Fibrosante](#). Universidad de Castilla-La Mancha. Modalidad únicamente online. **Abierto período de matrícula.**

#### **Grupo Menarini**

- [Curso Online sobre Aspectos Clínicos, Diagnóstico Diferencial y Control Terapéutico de la Rinitis](#). Pendiente abrir nueva convocatoria.

#### **Aula de formación Reig Jofre: Forté Pharma Laboratories.**

- Presenta diversos [cursos sobre neumología y otorrinolaringología](#). Contiene, entre otros:
  - Guía del Manejo del Asma en Pediatría.
  - Curso en Apnea Obstructiva del Sueño
  - Cursos en ORL: Sinusitis Aguda, Disfonías y Patologías de la Voz, Otitis, Hipoacusias, y Odinodisfagias.

#### **Universidad CEU San Pablo:**

- Colabora con la Escuela de Formación Luzán Cinco en los cursos anteriormente mencionados:
  - [Diploma Universitario en Experto en el Tratamiento Biológico del Asma](#) (4ª ed.). Modalidad online. Matrícula cerrada actualmente. 15 ECTS.
  - [Diploma Universitario de Experto en Asma Grave](#) (3ª ed.). Modalidad online. 15 ECTS. Matrícula cerrada con posibilidad de reservar plaza para la siguiente edición. Empieza en abril.

**¿Hay alguna actividad que nos hemos dejado o que te gustaría que hiciéramos difusión? ¡¡Contacta con nosotros!!**

# 6. Sobre el grupo NEUMO

## ¿QUIÉNES SOMOS?



**Jorge del Estal Jiménez (Coordinador)**  
ConSORCI Sanitari Parc Taulí (Sabadell, Barcelona)



**Sara García Gil (Secretaria)**  
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias



**Noé Garin Escrivá**  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)



**Elena Villamañán Bueno**  
Hospital Universitario de la Paz (Madrid)



**Álvaro Narrillos Moraza**  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)



**Eva María García Rebolledo**  
Hospital Universitario de Fuenlabrada (Fuenlabrada, Madrid)



**Sonia Jornet Montaña**  
Hospital Universitario Joan XXIII (Tarragona)



**Javier Milara Payá**  
ConSORCI Hospital General Universitari de València (València)



**Marta Calvin Lamas**  
Hospital Universtiario de A Coruña (La Coruña)



**José Javier Martínez Simón**  
Hospital Fundación de Alcorcón (Alcorcón, Madrid)

### Componentes adicionales



**Sara Rodríguez Tierno**  
Farmacéutica Interno Residente del Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid)



**Adrián López Fernández**  
Becario grupo NEUMO. Hospital Universitario Puerta de Hierro (Majadahonda, Madrid)



**María José Izquierdo Pajuelos**  
Representante de la SEFH. Delegada Autónoma por Extremadura



**Astrid Crespo Lessman:** Representante de la SEPAR.  
Neumóloga del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

## OBJETIVO GENERAL

El objetivo del Grupo NEUMO es fomentar la implicación del farmacéutico hospitalario en la farmacoterapia del paciente del área de respiratorio priorizando la eficiencia y seguridad del tratamiento, la integración en equipos multidisciplinares y la perspectiva del paciente.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 🕒 Crear un mapa de la situación actual del papel del farmacéutico de hospital en el área de respiratorio.
- 🕒 Recopilar prácticas y experiencias de excelencia (centros hospitalarios, coordinación interniveles, gestión de las comunidades autónomas, etc.) que fomenten la comparación y adaptación de las mismas en otras áreas (benchmarking).
- 🕒 Determinar las competencias necesarias de los farmacéuticos hospitalarios en el área de respiratorio, generales y por subespecialidades (EPOC, asma, hipertensión pulmonar, fibrosis pulmonar, fibrosis quística, infecciones respiratorias, alergia, trasplante pulmonar, etc.).
- 🕒 Fomentar la formación en el campo de las enfermedades respiratorias.
- 🕒 Potenciar la superespecialización del farmacéutico en esta área.
- 🕒 Elaborar información dirigida a los pacientes en relación a las diversas patologías respiratorias y su farmacoterapia.
- 🕒 Elaborar documentos de consenso.
- 🕒 Colaborar en proyectos y actividades conjuntamente con otros grupos de trabajo de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), y otras sociedades científicas de interés.
- 🕒 Cooperar con instituciones públicas, universidades, laboratorios y asociaciones de pacientes, como la Federación Nacional de Enfermedades Respiratorias FENAER).

**¡Si tienes algún proyecto o idea en la que nuestro grupo pueda ayudarte no dudes en ponerte en contacto con nosotros!**

## 7. Autores colaboradores en este número

### Noé Garin Escrivá

Grupo Coordinador del Grupo NEUMO, SEFH  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

### Jorge del Estal Jiménez

Coordinador del Grupo NEUMO, SEFH  
Parc Taulí Hospital Universitari de Sabadell, Barcelona

### Sara Rodríguez Tierno

Farmacéutica Interno Residente del Grupo NEUMO, SEFH  
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

### Adrián López Fernández

Becario del Grupo NEUMO, SEFH  
Servicio de Farmacia, Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.



<https://gruposdetrabajo.sefh.es/neumo/>



Seguir

@NEUMO\_SEFH