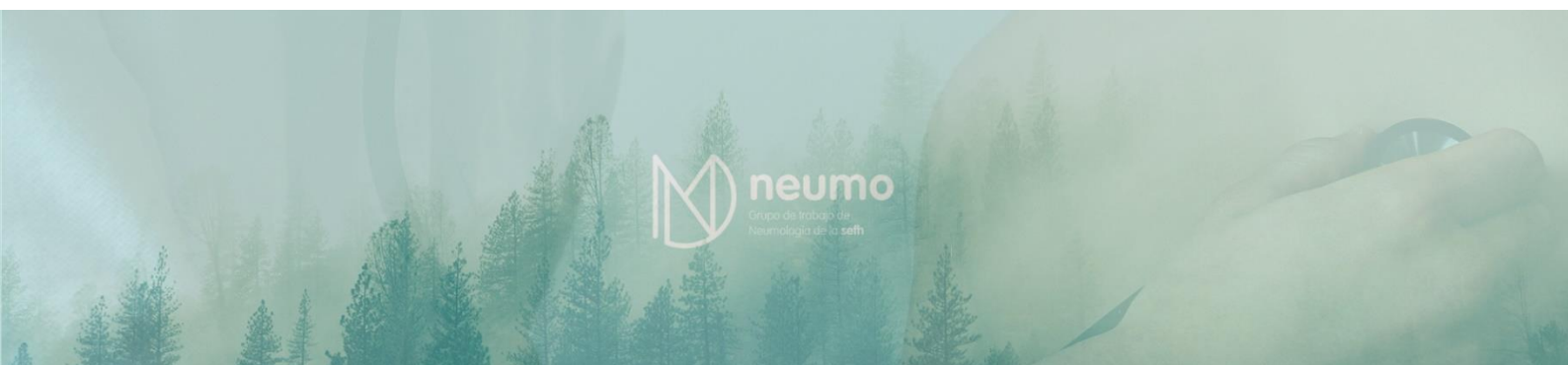


Boletín Grupo NEUMO

Actualización en patología respiratoria

Volumen 5, nº3, julio-septiembre 2025



Contenidos

1. Revisión bibliográfica	3
2. Novedades terapéuticas.....	8
3. Actualización en terapia respiratoria.....	10
4. Haciendo equipo con.....	15
5. Actividades y formación.....	20
6. Sobre el grupo NEUMO.....	22
7. Autores colaboradores en este número.....	24

1. Revisión bibliográfica

Nuestra selección

 Type 2 inflammation biomarkers and their association with response to dupilumab in COPD (BOREAS): an analysis of a randomized, placebo-controlled, phase 3 trial

Ensayo clínico fase 3, multicéntrico y doble ciego que evalúa dupilumab frente a placebo en pacientes con EPOC y biomarcadores elevados de inflamación tipo 2 (eosinófilos ≥ 300 células/ μ L) durante 52 semanas. El tratamiento con dupilumab logró una reducción significativa de las exacerbaciones y mayor mejoría de la función pulmonar en los pacientes con biomarcadores tipo 2, con un perfil de seguridad coherente con estudios previos.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(25\)00044-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(25)00044-X/fulltext)

 Durvalumab, carboplatin, and etoposide in patients who are treatment-naive with extensive-stage small-cell lung cancer and poor performance status (NEJ045A): a single-arm phase 2 trial

Ensayo clínico fase 2 realizado en pacientes con cáncer microcítico de pulmón en estadio extendido y con mal estado funcional, habitualmente excluidos de los ensayos pivotaes. Se evaluó la combinación de durvalumab con carboplatino y etopósido, mostrando una viabilidad adecuada, eficacia clínica prometedora y un perfil de seguridad manejable tras ajustar dosis en función de toxicidad. Los resultados sugieren que la inmunoterapia combinada puede ser factible incluso en poblaciones frágiles.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(25\)00240-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(25)00240-1/fulltext)

 Morphine for chronic breathlessness (MABEL) in the UK: a multi-site, parallel-group, dose titration, double-blind, randomised, placebo-controlled trial

Ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico y doble ciego realizado en el Reino Unido que evaluó la eficacia de la morfina titulada frente a placebo para el tratamiento de la disnea crónica refractaria de origen respiratorio o cardíaco. La intervención consiguió reducciones significativas en la percepción de disnea, con un perfil de seguridad aceptable bajo monitorización estrecha. El estudio aporta evidencia sólida para su uso en el control sintomático de pacientes seleccionados.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(25\)00205-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(25)00205-X/fulltext)

 Dupilumab versus omalizumab in patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyps and coexisting asthma (EVEREST): a multicentre, randomised, double-blind, head-to-head phase 4 trial

Ensayo clínico fase 4 comparativo directo en pacientes con poliposis nasal crónica y asma coexistente. El estudio mostró que dupilumab fue superior a omalizumab en la mejoría de síntomas nasales y del control del asma, con un perfil de seguridad comparable. Estos resultados proporcionan la primera evidencia head-to-head en esta indicación, lo que ayuda a orientar la elección de biológicos en la práctica clínica.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(25\)00287-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(25)00287-5/fulltext)

 Retifanlimab versus placebo in combination with platinum-based chemotherapy in patients with first-line non-squamous or squamous metastatic non-small-cell lung cancer (POD1UM-304): a phase 3, multiregional, placebo-controlled, double-blind, randomised study

Ensayo clínico fase 3 multicéntrico que evaluó la adición de retifanlimab a la quimioterapia con platino en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico metastásico. El tratamiento no alcanzó el objetivo principal de mejorar la supervivencia global frente a la quimioterapia estándar, aunque sí se observaron mejoras en algunas variables secundarias. El fármaco mostró un perfil de seguridad consistente con otros inhibidores de PD-1.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(25\)00209-7/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(25)00209-7/abstract)

 Sweat chloride and lung function responses to elexacaftor–tezacaftor–ivacaftor in people with cystic fibrosis with two versus one responsive CFTR variants: an analysis of two real-world observational studies

Análisis de dos estudios observacionales en vida real en pacientes con fibrosis quística tratados con la triple terapia elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor. Se observaron mejoras significativas en función pulmonar y niveles de cloro en sudor tanto en pacientes con dos variantes sensibles como en aquellos con una sola variante. Estos hallazgos consolidan la eficacia de los moduladores de CFTR fuera de los ensayos clínicos.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(25\)00190-0/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(25)00190-0/abstract)

 Gabapentinoids and risk for asthma exacerbations

Estudio observacional que analiza la asociación entre el uso de gabapentinoides y el riesgo de exacerbaciones asmáticas. Los resultados muestran un aumento significativo de exacerbaciones en pacientes tratados con estos fármacos, lo que plantea la necesidad de revisar su prescripción en pacientes asmáticos con comorbilidades dolorosas o neuropáticas por su posible impacto en la seguridad clínica.

<https://thorax.bmj.com/content/early/2025/08/24/thorax-2025-223240.info>

 Factors associated with guideline-concordant maintenance therapy

Análisis transversal que identifica los principales determinantes de adherencia a la terapia de mantenimiento respiratoria conforme a las guías clínicas. Se destacan factores clínicos y organizativos que condicionan la prescripción y el seguimiento, con implicaciones relevantes para estrategias de conciliación, optimización terapéutica y educación sanitaria desde Farmacia Hospitalaria.

<https://thorax.bmj.com/content/early/2025/08/18/thorax-2025-223544.info>

 Real-world effectiveness and safety of nirsevimab, RSV maternal vaccine and RSV vaccines for older adults: a living systematic review and meta-analysis

Revisión sistemática viva y metanálisis que analiza la efectividad y seguridad de las nuevas estrategias de inmunización frente al virus respiratorio sincitial (VRS), incluyendo nirsevimab en lactantes, vacunación materna y vacunas en adultos mayores. Los resultados confirman una eficacia preventiva elevada y un perfil de seguridad favorable en todos los grupos poblacionales evaluados.

<https://thorax.bmj.com/content/early/2025/09/09/thorax-2025-223376>

 Inhaled menthol for dyspnoea relief during cycle exercise in COPD: a randomized trial

Ensayo clínico aleatorizado, simple ciego, que evalúa el uso de mentol inhalado como intervención sintomática en pacientes con EPOC durante el ejercicio. El tratamiento produjo una reducción aguda de la disnea percibida sin efectos adversos relevantes, planteando una posible estrategia complementaria a la farmacoterapia estándar.

[https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(25\)00554-9/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(25)00554-9/fulltext)

 Acetazolamide plus Atomoxetine for Obesity Hypoventilation Syndrome Treatment A Randomized Controlled Trial

Ensayo clínico aleatorizado que evaluó la combinación de acetazolamida y atomoxetina en pacientes con síndrome de hipoventilación por obesidad. El tratamiento produjo mejorías significativas en parámetros de ventilación y

oxigenación nocturna, con aceptable tolerancia. La combinación representa una opción terapéutica innovadora para este síndrome de difícil manejo.

[https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(25\)05384-X/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(25)05384-X/fulltext)

 Long-Term Outcomes Associated with the Super-Exacerbator Phenotype after a Hospitalization for COPD

Estudio observacional de cohortes que analizó la evolución a largo plazo de pacientes con EPOC hospitalizados por exacerbación. Se identificó un fenotipo denominado 'súper-exacerbador', caracterizado por una elevada frecuencia de exacerbaciones, mayor riesgo de rehospitalización y aumento de la mortalidad. Los hallazgos destacan la importancia de identificar precozmente a estos pacientes para un manejo más intensivo.

<https://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.202507-1700RL>

 Monoclonal antibodies in severe asthma: outcomes from real-world data

Estudio multicéntrico retrospectivo en pacientes con asma grave no controlada tratados con benralizumab, mepolizumab, omalizumab o reslizumab en práctica clínica real. Se observa una reducción pronunciada de exacerbaciones, uso de corticoides orales y visitas a urgencias, junto con una mejora significativa del control clínico y la función pulmonar. Esta evidencia refuerza el uso de biológicos en asma grave en condiciones de vida real.

<https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2025.1635688/full>

Otros artículos de interés

Lazertinib Versus Osimertinib in Previously Untreated EGFR-Mutant Advanced NSCLC: A Randomized, Double-Blind, Exploratory Analysis From MARIPOSA

[https://www.jto.org/article/S1556-0864\(25\)00821-4/fulltext](https://www.jto.org/article/S1556-0864(25)00821-4/fulltext)

Diagnosis and Management of Community-acquired Pneumonia. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline

<https://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.202507-1692ST>

Bedaquiline-Pretomanid-Linezolid as a Bridging Therapy for Adverse Events in Drug-Sensitive Tuberculosis

<https://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.202501-0150RL>

Biologics for Severe Asthma: Considering Heterogeneity and Follow-Up Duration in Assessing OCS-related Risk Reduction

<https://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.202507-1712LE>

Biologic Therapy in Severe Asthma: Methodological Gaps and Opportunities for Greater Precision

<https://www.atsjournals.org/doi/10.1164/rccm.202507-1733LE>

The Effectiveness of Isoniazid Preventive Treatment among Contacts of Multidrug-Resistant Tuberculosis: A Systematic Review and Individual-Participant Meta-Analysis

<https://www.atsjournals.org/doi/10.1164/rccm.202411-2340OC>

Adverse Drug Reactions During Nontuberculous Mycobacterial Pulmonary Disease Treatment: A Systematic Review and Meta-analysis

<https://www.atsjournals.org/doi/10.1513/AnnalsATS.202412-1307OC>

Evaluating Long-Term Effectiveness of Cystic Fibrosis Modulator Therapies After Rapid Adoption: A Dual-Approach Study

<https://www.atsjournals.org/doi/10.1513/AnnalsATS.202503-267OC>

A long-term follow-up study of sotatercept for treatment of pulmonary arterial hypertension: interim results of SOTERIA

<https://publications.ersnet.org/content/erj/66/1/2401435>

A phase 2a trial of the IL-33 monoclonal antibody tozorakimab in patients with COPD: FRONTIER-4

<https://publications.ersnet.org/content/erj/66/1>

Elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor in children aged ≥ 6 years with cystic fibrosis heterozygous for F508del and a minimal function mutation: results from a 96-week open-label extension study

<https://publications.ersnet.org/content/erj/66/1/2402435>

Patient-reported outcome measures for cough used in interstitial lung disease: a systematic review

<https://publications.ersnet.org/content/errev/34/177/240206>

Evaluation of the drug interaction between rifabutin and elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor (ETI)

[https://www.cysticfibrosisjournal.com/article/S1569-1993\(25\)01581-4/abstract](https://www.cysticfibrosisjournal.com/article/S1569-1993(25)01581-4/abstract)

The Association Between Use of Inhaled Corticosteroids and Long-Acting Beta2-Agonists During Pregnancy and Adverse Fetal Outcomes

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/resp.70124>

2. Novedades terapéuticas

Opiniones positivas para nuevos medicamentos

Durante el trimestre que aplica a la redacción del presente boletín, no ha habido ninguna opinión positiva relacionada directamente con farmacología respiratoria.

Opiniones positivas para nuevas indicaciones o modificación de indicaciones

mRESVIA (vacuna ARNm frente a virus respiratorio sincitial, VRS):

- *Se extiende la indicación para incluir adultos de 18–59 años con mayor riesgo de enfermedad del tracto respiratorio inferior (ETRI) por VRS.*

Podría abrir una ventana para campañas de prevención en adultos con comorbilidades respiratorias (EPOC, cardiopatías, etc.).

Sirturo (bedaquilina)

- *Se amplía la indicación pediátrica: ahora desde 2 años (antes 5 años)*

Permitiría su uso en más niños con tuberculosis multirresistente (TB-MDR).

Nuevos informes de posicionamiento terapéutico publicados

Durante el trimestre que aplica a la redacción del presente boletín, no se ha publicado ningún informe de posicionamiento terapéutico relacionado directamente con farmacología respiratoria.

Inclusión en la prestación farmacéutica – Acuerdo Comisión Interministerial de precios de los medicamentos

Acuerdos de precio y financiación – Nuevos medicamentos

Neumax® (levofloxacin):

- la Comisión acuerda proponer a la Dirección General su inclusión en la prestación farmacéutica del SNS para el tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en adultos.

Acuerdos de precio y financiación – Alegaciones

Winrevair® (sotatercept) - en combinación con otros tratamientos para la hipertensión arterial pulmonar (HAP), está indicado en el tratamiento de la HAP en pacientes adultos que se encuentran en clase funcional (CF) II o III de la OMS para mejorar la capacidad de realizar ejercicio.

- Con respecto a este medicamento, la Comisión acuerda aceptar alegaciones y proponer a la Dirección General su inclusión en la prestación farmacéutica del SNS, en combinación con otros tratamientos para la hipertensión arterial pulmonar (HAP), para el tratamiento de la HAP en pacientes adultos que se encuentran en CF II o III de la OMS para mejorar la capacidad de realizar ejercicio. En el SNS se restringe su uso como terapia combinada secuencial en pacientes estables en CF II/III de la OMS que no consiguen alcanzar un estado de bajo riesgo a pesar de recibir doble o triple terapia para la HAP.

Acuerdos denegatorios – nuevas indicaciones

Dupixent® (dupilumab) – indicación terapéutica objeto de este expediente: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Dupixent está indicado en adultos como tratamiento de mantenimiento adicional para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) no controlada caracterizada por eosinófilos elevados en sangre, en combinación con un corticosteroide inhalado (CEI), un agonista beta-2 adrenérgico de acción prolongada (LABA) y un antagonista muscarínico de acción prolongada (LAMA), o en combinación con un LABA y un LAMA si el CEI no es adecuado.

- Con respecto a este medicamento, la Comisión acuerda proponer a la Dirección General la no inclusión de esta nueva indicación en la prestación farmacéutica del SNS, teniendo en cuenta criterios de racionalización de gasto público e impacto presupuestario en el Sistema Nacional de Salud.

3. Actualización en terapia respiratoria

Hipertensión pulmonar: Clasificación

En los anteriores boletines hemos repasado varios conceptos importantes referentes a la **hipertensión pulmonar**, como son su definición, los signos y síntomas de la patología, así como diversos aspectos relevantes en el diagnóstico de la enfermedad. En este número nos centraremos en su clasificación, que nos servirá para valorar su etiología, los valores de varios parámetros de presión vascular y el impacto funcional. Por esta razón, encontraremos varias clasificaciones de la hipertensión pulmonar.

Clasificación funcional de la OMS

Una forma de entender la patología es mediante la clasificación funcional de la OMS, que categoriza a los pacientes en cuatro niveles (del 1 al 4) según sus síntomas y limitaciones funcionales. (Figura 1). Además de evaluar la severidad, esta clasificación puede ayudarnos para guiar decisiones terapéuticas, predecir el pronóstico (a mayor clase funcional, mayor riesgo de complicaciones y mortalidad), así como facilitar la comunicación entre profesionales y la comparación en estudios clínicos. Sin embargo, la estratificación del riesgo en hipertensión pulmonar rara vez marca objetivos terapéuticos en base a un único parámetro (en este caso la clasificación funcional) sino que suele realizarse considerando variables adicionales (prueba de los 6 minutos, péptidos natriuréticos, etc.) y mediante una evaluación individualizada.

1	Sin síntomas con o sin actividad física
2	Sin síntomas en reposo, pero actividades normales como subir escaleras, la compra o hacer la cama pueden producir discomfort o falta de aire
3	En reposo puede estar sin síntomas pero actividades normales causan gran limitación por cansancio y falta de aire
4	Síntomas en reposo y muy severos con actividad

Figura 1. Clasificación por clase funcional de la OMS

En la práctica clínica actual, en ocasiones también se utilizan modelos de estratificación de riesgo multidimensionales que integran variables como clase funcional, biomarcadores (NT-proBNP),

capacidad de ejercicio (prueba de los 6 minutos), parámetros ecocardiográficos y hemodinámicos, para guiar el tratamiento de forma más precisa.

Clasificación por presiones vasculares

Otra forma de clasificar la hipertensión pulmonar es mediante las presiones vasculares. En los anteriores boletines vimos parámetros de presión de interés, que analizaremos para realizar esta clasificación (Tabla 1):

- **PAPm (presión arterial pulmonar media):** es la presión promedio que existe en la arteria pulmonar durante todo el ciclo cardíaco, y refleja la carga que el ventrículo derecho debe vencer para bombear sangre a los pulmones.
- **PCP (presión capilar pulmonar o presión de enclavamiento):** indica la presión en los capilares pulmonares y se usa para evaluar la presión en la aurícula izquierda y la función del corazón izquierdo. Un valor elevado indica un componente poscapilar.
- **RVP (resistencia vascular pulmonar):** resistencia que ofrece la vasculatura pulmonar al flujo sanguíneo, y su aumento indica un mayor esfuerzo para que la sangre circule por los pulmones. Un valor ≥ 3 indica componente precapilar.

Las medidas de estas presiones se realizan mediante cateterismo derecho, Gold estándar diagnóstico y de gran utilidad en el seguimiento.

En condiciones normales, la PAPm es menor a 20 mmHg, la PCP suele ser ≤ 15 mmHg, y la RVP es < 3 unidades Wood. Estos valores permiten diferenciar entre los distintos fenotipos hemodinámicos de la hipertensión pulmonar.

Tipo de Hipertensión Pulmonar	PAPm (mmHg)	PCP (mmHg)	RVP (unidades Wood)	Grupo clínico
Precapilar	≥ 20	≤ 15	≥ 3	1, 3, 4 y 5
Poscapilar	≥ 20	> 15	< 3	2 y 5
HP combinada (precapilar y postcapilar)	≥ 20	> 15	≥ 3	2 y 5

Tabla 1. Clasificación de la hipertensión pulmonar según presiones pulmonares

Según esta clasificación (precapilar, poscapilar y combinada) el paciente puede ser, a su vez, incluido en diferentes grupos clínicos, que veremos en la siguiente clasificación.

Clasificación clínica

La tercera forma para clasificar a los pacientes es mediante la clasificación clínica, que nos orienta sobre la etiología de la enfermedad. En este caso, podemos diferenciar cinco tipos de hipertensión pulmonar, con sus correspondientes subtipos:

1. Hipertensión arterial pulmonar

- 1.1 HAP idiopática
- 1.2 HAP hereditaria
- 1.3 HAP inducida por drogas o toxinas
- 1.4 HAP asociada a:
 - 1.4.1 Enfermedad del tejido conectivo
 - 1.4.2 Infección por VIH
 - 1.4.3 Cardiopatía congénita
 - 1.4.4 Esquistosomiasis
- 1.5 HAP respondedores a antagonistas del calcio
- 1.6 HAP con afectación de capilares/vénulas
- 1.7 HP persistente del recién nacido

2. Hipertensión pulmonar por enfermedad del corazón izquierdo

- 2.1 HP por insuficiencia cardíaca con FEVI preservada
- 2.2 HP por insuficiencia cardíaca con FEVI reducida
- 2.3 HP por valvulopatía
- 2.4 Enfermedad congénita/adquirida que conlleva HP poscapilar

3. Hipertensión pulmonar por enfermedad pulmonar/hipoxia

- 3.1 Enfermedad pulmonar obstructiva
- 3.2 Enfermedad pulmonar restrictiva
- 3.3 Afectación restrictiva y obstructiva
- 3.4 Hipoxia sin enfermedad pulmonar
- 3.5 Alteraciones en el desarrollo pulmonar

4. Hipertensión pulmonar por obstrucción de arterias pulmonares

- 4.1. Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica
- 4.2. Otras obstrucciones arteriales pulmonares

5. Hipertensión pulmonar de mecanismo incierto

- 5.1. Enfermedades hematológicas
- 5.2. Enfermedades metabólicas y sistémicas
- 5.3. Otras
- 5.4. Cardiopatías congénitas complejas

La figura 2 resume las características y prevalencia de los diferentes tipos de hipertensión pulmonar de la clasificación clínica, que orienta sobre la etiología y dirige el tratamiento específico. La hipertensión pulmonar del grupo 2 (por enfermedad cardíaca izquierda) es la más prevalente en la práctica clínica, seguida por la del grupo 3 (enfermedades pulmonares). En cambio, la hipertensión arterial pulmonar (grupo 1) es más rara, pero tiene mayor carga de morbilidad si no se trata adecuadamente. Como veremos en los próximos boletines, también tendremos diferentes opciones terapéuticas según el grupo concreto que sufra el paciente.

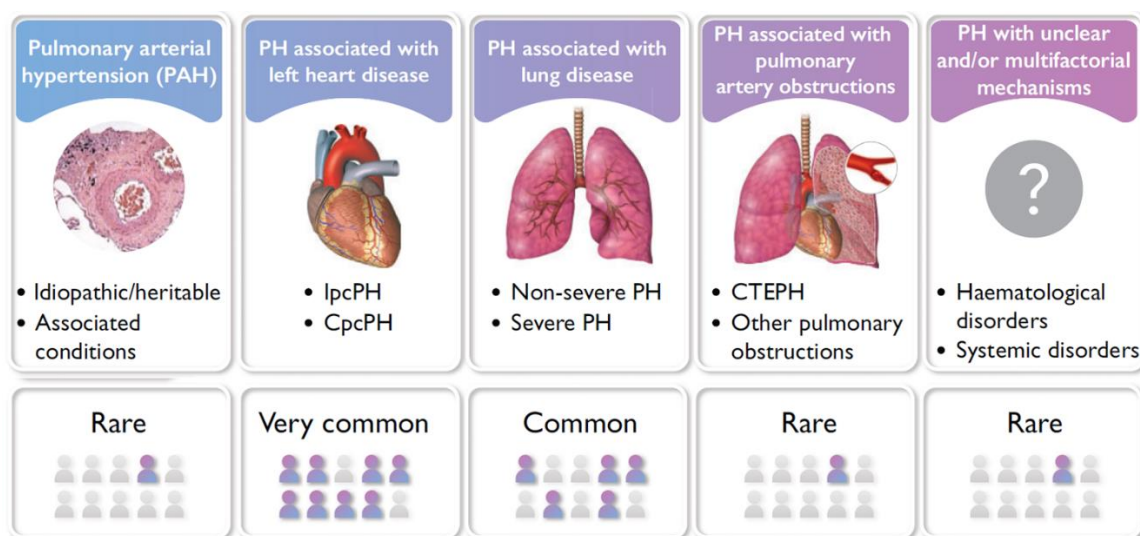


Figura 2. Tipos de hipertensión pulmonar según clasificación clínica (Adaptado de Ref 5).

Tipo de Clasificación	¿Qué evalúa?	Utilidad Clínica
Funcional (OMS)	Síntomas y limitación física	Pronóstico y guía terapéutica
Hemodinámica	PAPm, PCP, RVP	Diferenciar precapilar vs poscapilar
Clínica	Etiología	Dirige el tratamiento específico

Tabla 2. Comparación entre las diferentes clasificaciones de la hipertensión pulmonar

Conocer y aplicar adecuadamente las diferentes clasificaciones de la hipertensión pulmonar es fundamental para establecer un diagnóstico preciso, evaluar la severidad, identificar la causa subyacente y seleccionar el tratamiento más adecuado (Tabla 2). En próximos boletines abordaremos las estrategias terapéuticas específicas según el grupo clínico y el perfil del paciente.

REFERENCIAS

1. Empendium. (2025). *Clases funcionales de la OMS para la calificación al tratamiento y vigilancia de los enfermos con hipertensión arterial pulmonar*. Recuperado de: https://empendium.com/manualmibe/compendio/table/034_7621
2. Dardi F, Boucly A, Benza RL, Frantz R, Mercurio V, Olschewski H, et al. Risk stratification and treatment goals in pulmonary arterial hypertension. *Eur Respir J*. 2024 Oct 31;64(4):2401323. doi: 10.1183/13993003.01323-2024.
3. Benza RL, Kanwar MK, Raina A, et al. Development and validation of an abridged version of the REVEAL 2.0 risk score calculator, REVEAL Lite 2, for use in patients with pulmonary arterial hypertension. *Chest*. 2021;159(1):337–346.
4. Kylhammar D, Kjellström B, Hjalmarsson C, et al. A comprehensive risk stratification at early follow-up determines prognosis in pulmonary arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(47):4175–4181.
5. 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.
6. Protocolos de Actuación en Hipertensión Pulmonar. Unidad Multidisciplinar de Hipertensión Pulmonar Hospital Universitario 12 de Octubre. Ed. 2022

4. Haciendo equipo con...

Nuestros pacientes expertos

Unidad Multidisciplinar de Asma Grave
Hospital Universitario La Paz



La **Unidad Multidisciplinar de Asma Grave (UMAG)** del Hospital Universitario La Paz, consciente de la dificultad que supone convivir con una enfermedad crónica compleja como es el asma grave (AG) ha puesto en marcha la plataforma de formación de pacientes expertos (PE), *ExpertAsma*, con la implicación activa del Servicio de Farmacia que ha tenido un papel protagonista en su desarrollo y coordinación.

Se trata de un soporte educativo dirigido a pacientes para su formación sobre las características de la enfermedad, identificación de síntomas factores de riesgo y hábitos saludables, así como las características y el porqué de los tratamientos que reciben. A través de ella, objetivo desde la UMAG es que los pacientes adquieran conocimientos en profundidad sobre la enfermedad, habilidades sobre el manejo de la misma. Todo ello con el fin último de mejorar su situación clínica, su calidad de vida y un manejo adecuado de los tratamientos.

A menudo las personas con este problema de salud desconocen aspectos relevantes de la enfermedad, lo que contribuye al desaliento y a la falta de perseverancia en su autocuidado. Actualmente, estos pacientes reciben atención sanitaria especializada que no siempre garantiza el adecuado conocimiento y concienciación sobre la enfermedad. Desde la UMAG consideramos

que muchos de los pacientes se podrían beneficiar de recibir una formación personalizada sobre la enfermedad.

Además, mediante esta plataforma, los pacientes acreditados como expertos lideran reuniones periódicas con otros enfermos en circunstancias similares, pero menos capacitados o con menos habilidades con el fin de no dejarlos atrás. El objetivo del equipo multidisciplinar de la UMAG de nuestro centro es que, en dichas reuniones los PE compartan sus conocimientos y estrategias para mantener una motivación necesaria y persistir en el autocuidado. También, concienciarlos sobre la importancia a largo plazo del cumplimiento y la adecuada administración de los complejos tratamientos que reciben. Para los profesionales sanitarios, los PE suponen, además, una nueva fuente de información sobre inquietudes y cuestiones que tienen los enfermos de AG respecto a la enfermedad y su farmacoterapia. Ello facilita la detección de necesidades no cubiertas en su atención sanitaria.

En AG, por sus especiales características clínicas, circunstancias y de sus tratamientos, adquiere especial relevancia el papel proactivo de los pacientes. *ExpertAsma* favorece el empoderamiento y la capacidad de éstos para el manejo de su enfermedad. Además, mejora el conocimiento para su autocuidado, cumplimiento de los tratamientos o un mejor control de la enfermedad. En resumen, es una plataforma interactiva capaz de ampliar los conocimientos sobre el AG y la capacidad de los pacientes para reaccionar a los problemas cotidianos relacionados con la enfermedad.

Los PE suponen además una fuente de información para los profesionales sanitarios sobre aspectos e inquietudes de los pacientes que, en ocasiones y por falta de confianza, no son transmitidas en las consultas y que pueden ser claves para optimizar el abordaje de esta patología.

A día de hoy, tras más de un año en funcionamiento, más de 40 pacientes se han acreditado como PE. Con motivo del primer aniversario de la creación de la plataforma *ExpertAsma*, recientemente se ha celebrado la primera reunión de pacientes en seguimiento por la UMAG liderada por uno de los primeros PE acreditados. En la reunión, se pusieron en común vivencias, se habló sobre los conocimientos adquiridos, comentaron las ventajas de la formación recibida y alentaron a otros a beneficiarse de esta plataforma y acreditarse, generando de este modo una comunidad de apoyo mutuo. Esta jornada supuso, además, una oportunidad para compartir experiencias, resolver dudas, y aportar sugerencias de mejora.

En este boletín tenemos la oportunidad de conocer el testimonio de Carlos, diagnosticado con asma grave y acreditado como PE por la UMAG que lideró la primera reunión de pacientes *ExpertAsma*.

En esta entrevista, nos comparte su vivencia personal, el proceso hasta convertirse en paciente experto, y su mirada sobre la enfermedad, los cuidados y la relación con el sistema sanitario. Su testimonio es una muestra del valor del conocimiento adquirido y del papel activo que los pacientes pueden desempeñar en el abordaje de enfermedades crónicas y su capacidad para ayudar a otros en circunstancias similares.

1. ¿Cómo empezó tu historia con el asma? ¿Cuándo supiste que se trataba de un asma "grave"?

Empecé a los 22 años, con problemas respiratorios derivados de alergias (gramíneas y al olivo), más tarde sinusitis, pólipos, y el asma fue empeorando paulatinamente pasando por distintos medicamentos y aumentando la dosis.

Hasta hace un par de años que las actividades cotidianas empezaron a ser 'difíciles'. Como subir escaleras para tomar un café con un amigo, unas patadas a un balón con mis hijos, andar, y por supuesto cualquier tipo de deporte...

También, la medicación (inhaladores y corticoides) ya no tenía el mismo efecto ni la misma duración.

Ahí me di cuenta de que las cosas no iban bien.

2. ¿Qué impacto tuvo en tu vida diaria el asma grave antes de recibir un tratamiento más ajustado a tu situación?

Más allá de los aspectos físicos que mencionaba: andar, subir escaleras, deportes..., me planteaba dudas respecto a la imposibilidad de hacer esas cosas cotidianas, y de cara a un futuro cercano que preveía muy sedentario, impactando en mi propia autoestima (sobre todo por mi gusto por el deporte), y en general causando tristeza.

Este estado también se ve influenciado por las dificultades para dormir bien, ya que lo habitual es despertarse por la falta de aire.

Mencionar, como no, la pérdida casi total de dos sentidos tan importantes como son el gusto y el olfato.

3. *¿Cómo fue el proceso hasta ser derivado a una Unidad Multidisciplinar de Asma Grave especializada?*

Mi médico de cabecera consideró que mi caso, por su complejidad, debía ser seguido por profesionales sanitarios especializados y me derivó a la UMAG.

4. *¿Qué te llevó a acreditarte como paciente experto?*

Tras haber pasado por un proceso de más de 25 años de enfermedad, conoces tus síntomas, tus mejoras, tus reacciones, tu medicación, tus preocupaciones..., ¡y qué mejor que conocerla más que por los expertos cualificados!

También quería saber más sobre los medicamentos biológicos. Al fin y al cabo, son organismos vivos.

5. *¿Qué significa para ti ser un "paciente experto"? ¿Cómo te formaste o qué implica este rol?*

Me da tranquilidad conocer con mayor profundidad la enfermedad y reconocermé en los distintos estados y situaciones por los que he pasado.

Además, es importante difundir como ejemplo la gran mejoría que para mí ha supuesto la gestión desde la UMAG, ya que actualmente la enfermedad está totalmente controlada.

6. *¿Qué aprendizajes importantes te ha dado convivir con esta enfermedad?*

Reconocer los sistemas rápidamente, ser estrictamente constante con la medicación, y como todas las enfermedades, valorar mucho cuando estamos bien.

7. *¿Cómo ha sido tu relación con los profesionales sanitarios, en particular de la atención farmacéutica recibida? ¿Qué ha mejorado o qué destacarías?*

Sin duda destaco la implicación de todos los profesionales de la UMAG, y en particular la del área de Farmacia por su preocupación e interés en mi mejora en la enfermedad. Como ejemplo, uno

de los pinchazos del biológico me provocó una leve erupción en la piel que rápidamente (unas horas) desapareció. Por mi tranquilidad consulté directamente a Elena, farmacéutica de la UMAG, que me atendió de forma inmediata.

8. *¿Qué crees que pueden aportar los pacientes expertos al sistema de salud o a otros pacientes?*

La experiencia del paciente, avalada por los conocimientos adquiridos mediante esta formación. El mero hecho de contar y escuchar las experiencias de otros pacientes aporta tranquilidad al verte reflejado en otros.

Y también por la cercanía del igual, que siempre ayuda a resolver dudas o errores que quizá no nos atrevamos a preguntar a otros.

Agradecemos a Carlos su tiempo, generosidad y compromiso por compartir su experiencia y por colaborar activamente en mejorar el abordaje del AG, tanto desde el punto de vista clínico como humano.

Su testimonio nos recuerda que escuchar a los pacientes no es un complemento, sino una parte esencial de su cuidado.

¿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

70 congreso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, Málaga

Día	Hora	Actividad / sesión
Martes 14 (curso pre-congreso)	17:00-19:30	Curso 05. GT AFINF – NEUMO – GEAFEN: <i>Atención farmacéutica multidisciplinar como clave del éxito en infecciones de difícil manejo en pacientes complejos</i> , con "Caso clínico 1. Sobreinfección respiratoria por P. aeruginosa en un paciente EPOC grave: ¿es necesaria la administración nebulizada de antimicrobianos?"
Miércoles 15	09:00-09:55	Taller 04. GT NEUMO: <i>Inflamación tipo T2: desafíos clínicos y estrategias de abordaje integral</i>
Miércoles 15	10:00-11:30	Mesa Redonda 1. SAPERE AUDE: actualidad farmacoterapéutica (I), incluye la ponencia "El arte de respirar con EPOC"

Plataforma Cátedra UAM

- [Actualización en enfermedades raras que afectan al aparato respiratorio](#). Universidad Autónoma de Madrid. Inscripciones abiertas.

Formación de la SEPAR: gran disponibilidad de cursos

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. Disponen de modalidad online y presencial. Son gratuitos para los socios de la SEPAR.

- [Curso de Experto en Investigación en Asma](#). Modalidad online. Actualmente en curso, **inscripción abierta**, termina el 20 de abril de 2026. El alumno inscrito dispone de 25 semanas para finalizar el curso desde la fecha de inscripción.
- [Curso en Innovación y Técnicas de Actualidad en el Estudio y Tratamiento de la Patología Respiratoria](#). Modalidad online. Actualmente en curso, **inscripción abierta**, finaliza el 12 de enero de 2026. El alumno inscrito dispone de 12 semanas para finalizar el curso desde la fecha de inscripción.

Formación SEIMC: variedad de cursos

- [Cursos de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica](#). Incluye el máster SEIMC en Enfermedades Infecciosas y otras actividades de grupo, como

los grupos de estudio y congresos. Incluye el Máster SEIMC en Enfermedades Infecciosas y otras actividades del grupo como los grupos de estudio.

Cursos y herramientas sobre fibrosis pulmonar

- [Experto en Enfermedad Pulmonar Fibrosante](#). Universidad de Castilla-La Mancha. Modalidad online. **Preinscripción abierta** hasta el 16 de noviembre de 2025. Se imparte hasta febrero de 2026.

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.

Campus Farmacosalud

Contiene varios cursos relacionados con el área de la Neumología:

- [Inflamación de Tipo 2: fisiopatología, manejo clínico y rol de la Farmacia Hospitalaria](#). Actualmente en curso, finaliza el 15 de febrero de 2026.
- [Lo esencial en EPID. El papel de la Farmacia Hospitalaria](#). Actualmente en curso, finaliza el 30 de octubre de 2025.

Curso de Abordaje Multidisciplinar de HP

La Sociedad Valenciana de Neumología y la Sociedad Valenciana de Cardiología organizan, en colaboración con MSD, el «[2º Curso de abordaje multidisciplinar de HP: Ruta HP7 Comunidad Valenciana](#)». Son 6 sesiones online de 45 minutos cada una en varios días del año. Inscripción gratuita.

Neumomadrid: Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica

Oferta varios cursos de modalidades online y presencial:

- [Curso de Ventilación Mecánica No Invasiva](#). Online. Se celebra en noviembre 2025.
- [Curso Teórico de Fibrosis Quística](#). Presencial. Se celebra a finales de octubre 2025.

¿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)
Consorti 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
Consorti Hospital General Universitari de València (València)



Marta Calvin Lamas
Hospital Universitario de A Coruña (La Coruña)



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

Componentes adicionales



Silvia del Barrio Buesa
Farmacéutica Interno Residente del Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid)



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



María José Izquierdo Pajuelos

Representante de la SEFH. Delegada Autonómica 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
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Adrián López Fernández

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

Silvia del Barrio Buesa

Farmacéutica Interno Residente del Grupo NEUMO, SEFH
Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid



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



@NEUMO_SEFH



[Seguir](#) @NEUMO_SEFH