

y DLCO. Y las limitaciones: dependencia del grado de insuflación y accesibilidad limitada.

La combinación de ambos métodos constituye la estrategia más robusta para evaluar la progresión.

Bibliografía

- Hsia CCW, Bates JHT, Driehuys B, et al. Quantitative imaging metrics for the assessment of pulmonary pathophysiology: an official American Thoracic Society and Fleischner Society joint workshop report. Ann Am Thorac Soc. 2023;20(2):161-95.
- Jacob J, Walsh SLF, Sverzellati N, et al. CT quantification of fibrotic change predicts mortality in progressive fibrosing interstitial lung disease. Am J Respir Crit Care Med. 2023;207(5):653-62.
- Raghu G, Remy-Jardin M, Richeldi L, et al. Idiopathic pulmonary fibrosis (an update) and progressive pulmonary fibrosis in adults: an official ATS/ERS/JRS/ALAT clinical practice guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2022;205(9):e18-47.

¿CUÁL ES EL ROL DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA FIBROSIS PULMONAR PROGRESIVA?

Dr. Álvaro Undurraga Pereira

La forma de presentación y la evolución de la FPP son variables, pero es importante diagnosticarla con precisión para tomar oportunas decisiones como: inicio de tratamiento, cambios en la terapia, necesidad y tipo de biopsia pulmonar, indicación de oxigenoterapia, rehabilitación pulmonar (RP), derivación a trasplante y/o cuidados paliativos (CP).

Comité interdisciplinario

Es un grupo de profesionales de la salud de varias especialidades que colaboran en el diagnóstico y manejo de pacientes con enfermedades intersticiales, siguiendo las guías de práctica clínica. Existe actualmente consenso internacional que considera el comité interdisciplinario (CID) como el *gold standard* para el diagnóstico de las EPI. Se ha demostrado que el CID mejora el acuerdo diagnóstico interclínico, cambia el diagnóstico en un número significativo de casos y reduce los diagnósticos inclasificables.

Sin embargo, no hay aún una norma internacional sobre CID recomendada por las sociedades de enfermedades respiratorias. A pesar del acuerdo

universal sobre su utilidad, hay poco consenso sobre la composición de los CID; esta dependerá de la disponibilidad de recursos. Se ha sugerido que participen al menos dos neumólogos (uno con no menos de cinco años de experiencia con pacientes con EPI), uno y ojalá dos radiólogos, un histopatólogo y un reumatólogo. Algunos grupos solicitan al reumatólogo solo cuando hay datos clínicos de enfermedad reumatólogica o alguna prueba inmunológica requiere su evaluación. Idealmente debe integrarlo también la enfermera que trabaje con este tipo de pacientes.

Funcionamiento del CID

El CID debe definir una regularidad de sesión y su extensión. Uno de los neumólogos será coordinador y dirigirá la reunión. Algunos centros disponen de una plantilla de presentación que homogeneizará la sesión y servirá de archivo. Se sugieren conclusiones escritas con el diagnóstico de consenso y la seguridad diagnóstica (*diagnostic confidence*), los eventuales exámenes a realizar y la recomendación de lavado broncoalveolar y/o biopsias.

Se espera que el CID llegue a un consenso diagnóstico con el grado de confianza y plantee el diagnóstico diferencial, la probable conducta que seguirá la enfermedad y recomendaciones de manejo.

Puntos esenciales del CID (consenso internacional)

Según publicaciones que recogen la experiencia internacional en 29 países, los puntos altamente deseables incluyen:

- Más de un especialista en enfermedades respiratorias.
- Un patólogo cuando hay información histopatológica.
- Al menos uno de los miembros con no menos de cinco años de experiencia en EPI.
- El CID debe ser una plataforma educacional para residentes y otros médicos.
- Datos fundamentales: historia clínica, TCAR, espirometría, test de difusión y serología autoinmune.