

Comunicaciones

55 Congreso de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)

Pamplona, 2 al 4 de junio de 2022

ASMA

473. ANÁLISIS DEL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ASMA GRAVE, MEDIDO POR EL TEST DE ADHERENCIA A LOS INHALADORES (TAI) Y LA RECOGIDA DEL TRATAMIENTO A TRAVÉS DE LA RECETA ELECTRÓNICA

S. González Castro¹, I. Jara Alonso¹, D. Velasco Álvarez¹, A. Pérez Figuera¹, A. Retegui García¹, W. Briceño Franquiz¹, A. Castillo Durán¹, M. Ponte Serrano¹, S. González Castro², R. Morillo Guerrero¹, A. Solier López¹ y S. Sánchez Cuéllar¹

¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España. ²Universidad Politécnica de Madrid, Madrid, España.

Introducción: El nivel de adherencia terapéutica en los pacientes con asma ronda entre el 50-60% según la población estudiada. El incumplimiento terapéutico puede ser medido por el test de adhesión a inhaladores (TAI), por la recogida de la medicación a través de la receta electrónica y por los dispositivos *smart inhaler*. El objetivo de este estudio fue analizar la falta de adhesión terapéutica en una consulta monográfica de asma de un hospital terciario.

Material y métodos: Se incluyeron 47 pacientes en la consulta de asma del Hospital Ramón y Cajal que presentaron una mala adhesión terapéutica medido por (TAI-10) < 50 entre el 01/11/2021 y 01/01/2022. Se recogieron las variables clínicas: edad, sexo, tabaquismo, diagnóstico del asma, control del asma medido por el cuestionario asma control test (ACT), la adhesión terapéutica, medida por el TAI y por el cumplimiento medido por la recogida del tratamiento a través de la receta electrónica (CRE), número de dispositivos, función pulmonar, niveles de la fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO) y número de agudizaciones en el último año. El CRE se clasificó en bueno y malo en función del % de retirada de la medicación, en ≥ 80 , y < 80%, respectivamente.

Resultados: Las características de los pacientes se resumen en tabla 1. Los pacientes presentaron un TAI-10 medio de $46,3 \pm 3,4$ con un buen cumplimiento medido por CRE (70%). El 60% de la muestra presentaba un ACT ≥ 20 , con un FEV1 medio de 84% y FeNO de 76 ppb. El 72% de la población no presentó agudizaciones el año anterior. El incumplimiento más frecuente fue el errático, independiente de la gravedad de los pacientes, agudizaciones, FENO, número de dispositivos y del sexo (tabla 2). Los pacientes más graves fueron más cumplidores por CRE que aquellos con asma moderado. Según el número de inhaladores, el % de pacientes con buen cumplimiento por CRE fue similar, aunque con puntuación mayor por el TAI en los pacientes con un único dispositivo. Los motivos más frecuentes del incumplimiento errático por orden fueron: olvidos, vacaciones, cuando se encuentra bien

VARIABLES	PACIENTES CON ASMA (n= 47)
Edad	55,68 ± 12,9
Sexo	
-Mujeres	31 (65,96%)
-Hombres	16 (34,04%)
Diagnóstico de asma	
-Precoz (≤ 30 años)	18 (66,6%)
-Tardío (> 30 años)	9 (33,3%)
Tabaquismo	
-No fumadores	41 (87,23%)
-Fumadores	6 (12,77%)
-IPA	17
TAI GLOBAL (1-10)	46,3 ± 3,4
-TAI1-5	22,05
-TAI6-10	24,3
Cumplimiento por receta electrónica	
-Buena adherencia ($> 80\%$)	33 (70,2%)
-Mala adherencia (≤ 80)	14 (29,8%)
ACT	
-Bien controlados (≥ 20)	20,32 ± 4,44
-Parcialmente controlados (16-19)	28 (59,57%)
-Mal controlados (≤ 15)	13 (27,65%)
-Mal controlados (≤ 15)	6 (12,76%)
Gravedad del asma	
-Grave (Escala 5-6 GEMA 5.1)	24 (51%)
-Moderado (Escala 3-4 GEMA 5.1)	22 (46,81%)
Número de dispositivos inhalados	
-1	23 (48,94%)
-2	22 (46,8%)
- ≥ 3	2 (4,13%)
Función pulmonar	
-FVC%	90 ± 19
-FEV1%	84,12 ± 20,3
-FEV1/FVC%	76,66 ± 10,9
-FeNO (ppb)	44,33 ± 56,2
Agudizaciones	
-No	34 (72,34%)
-Si	13 (27,7%)
-Número de agudizaciones	1,23

Tabla 1- Características clínicas de los pacientes.

	TAI1-5	TAI6-10	TAI1-10	CRE $\geq 80\%$	CRE < 80%
Escalón terapéutico					
-Moderado (3-4)	21,64	24,41	46,05	14 (63,6%)	8 (36,3%)
-Grave (5-6)	22,5	24,13	46,63	18 (75%)	6 (25%)
Agudizadores					
-Si	22,15	24,46	46,61	9 (69,2%)	4 (29,8%)
-No	21,9	24,3	46,2	23 (69,7%)	10 (30,3%)
FeNO					
- < 30 ppb	22,62	24,42	47,04	18 (69,23%)	8 (30,8%)
- ≥ 30 ppb	21,64	24,5	46,14	10 (71,43%)	4 (28,57%)
Dispositivos inhalados					
-1	22,17	24,59	46,76	16 (69,6%)	7 (30,4%)
-2	21,95	23,82	45,77	15 (68,2%)	7 (31,8%)
Sexo					
-Mujeres	22,1	24,3	46,4	22 (71%)	9 (29%)
-Hombres	21,94	24,19	46,13	11 (68,8%)	5 (31,2%)

CRE: cumplimiento por receta electrónica.

Tabla 2. Cumplimiento terapéutico de los pacientes en función del TAI y la recogida de la medicación a través de la receta electrónica.

de su enfermedad y cuando está triste o nervioso. En cuanto al incumplimiento deliberado, la causa más frecuente fue el tomar menos inhaladores de lo prescrito.

Conclusiones: El incumplimiento terapéutico más frecuente es el errático, siendo la causa más frecuente los olvidos. El 70% de la mues-

tra presentaba un buen cumplimiento medido por CRE, con un TAI-10 de 46,3. La principal limitación del estudio fue el pequeño tamaño muestral.

246. ASOCIACIÓN DE LA DIVERSIDAD Y COMPOSICIÓN DEL MICROBIOMA SALIVAL CON LAS EXACERBACIONES DE ASMA

J. Pérez García¹, J.M. Hernández Pérez², A. Espuela Ortíz¹, M.A. González Carracedo^{1,3}, R. González Pérez⁴, O. Sardón Padro^{5,6}, E. Martín González¹, E. Mederos Luis⁴, P. Corcuera Elosegui⁷, I. Sánchez Machín⁴, P. Poza Guedes⁴, A. Callero Viera⁸, L.M. González García⁹, J. Korta Murua⁴, J. Villar Hernández¹⁰, M. Pino Yanes^{11,12,13} y F. Lorenzo Díaz^{1,14}

¹Grupo Genómica y Salud, Departamento de Bioquímica, Microbiología, Biología Celular y Genética, Universidad de La Laguna, La Laguna, España. ²Servicio de Neumología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España. ³Instituto Universitario de Enfermedades Tropicales y Salud Pública de Canarias (IUETSPC), Universidad de La Laguna, La Laguna, España. ⁴Servicio de Alergia, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, España. ⁵División de Medicina Respiratoria Pediátrica, Hospital Universitario de Donostia, San Sebastián, España. ⁶Departamento de Pediatría, Universidad del País Vasco, San Sebastián, España. ⁷División de Medicina Respiratoria Pediátrica, Hospital Universitario de Donostia, San Sebastián, España. ⁸Servicio de Alergia, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España. ⁹Centro de Salud de Breña Baja, Área de Salud de La Palma, Breña Alta, España. ¹⁰CIBER de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ¹¹Grupo Genómica y Salud, Departamento de Bioquímica, Microbiología, Biología Celular y Genética, Universidad de La Laguna, Madrid, España. ¹²Instituto de Tecnologías Biomédicas (ITB), Universidad de La Laguna, La Laguna, España. ¹³CIBER de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ¹⁴Universidad de La Laguna; Instituto Universitario de Enfermedades Tropicales y Salud Pública de Canarias (IUETSPC), Universidad de La Laguna, La Laguna, España.

Introducción: Las exacerbaciones del asma son el principal factor que contribuye a la reducción de la calidad de vida de los pacientes asmáticos y al coste socio-sanitario y económico del asma. El microbioma nasal y pulmonar se ha asociado con las exacerbaciones asmáticas. Sin embargo, hasta el momento, ningún estudio ha investigado el papel del microbioma salival. El objetivo de este trabajo fue evaluar si la diversidad y composición del microbioma salival se asocian con las exacerbaciones del asma.

Material y métodos: Como parte del estudio GEMAS, se recogieron muestras de saliva de pacientes mayores de 8 años con un diagnóstico clínico de asma de acuerdo con la guía GINA. Los casos y controles se definieron por la presencia o ausencia de exacerbaciones del asma en los últimos 6 meses (de acuerdo al empleo o no de corticoides orales para tratar las agudizaciones del asma). Las comunidades microbianas se determinaron mediante secuenciación dirigida de la región V3-V4 del gen codificante para el ácido ribonucleico ribosomal 16S. Los análisis bioinformáticos se realizaron utilizando QIIME2 y R (phyloseq). Las diferencias entre grupos se evaluaron mediante modelos de regresión logística o pruebas PERMANOVA, ajustando por edad, sexo y uso de antibióticos.

Resultados: Tras realizar controles de calidad, se dispuso de datos para un total de 239 pacientes (82 casos y 157 controles). Los controles mostraron una mayor riqueza microbiológica (medida como unidades taxonómicas operativas observadas) y diversidad (índices de Shannon y Faith) que los casos ($p < 0,04$). Además, se observaron diferencias en la composición promedio de las comunidades bacterianas (distancia UniFrac no ponderada) entre los grupos (pPERMANOVA = 0,002). Finalmente, se encontró una mayor abundancia relativa del

género *Rothia* en la saliva de los exacerbadores en comparación con el grupo de no exacerbadores (6,0% frente a 4,9%, $p = 0,007$).

Conclusiones: La riqueza, la diversidad y la composición del microbioma salival se asocian con las exacerbaciones del asma, pudiendo servir de biomarcadores de estas complicaciones del asma.

Financiación a cargo del proyecto SAF2017-83417R, financiado por MCIN/AEI/10,13039/501100011033/y por FEDER Una manera de hacer Europa.

157. BENEFICIO CLÍNICO DE MEPOLIZUMAB EN SUSTITUCIÓN DE OMALIZUMAB EN ASMA GRAVE NO CONTROLADA

S. Rojo Tolosa¹, C. Pérez Ramírez², M.V. González Gutiérrez¹, G. Jiménez Gálvez¹, J.A. Sánchez Martínez¹, A. Jiménez Morales² y C. Morales García¹

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España. ²Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Introducción: El asma grave presenta múltiples fenotipos de difícil control que a menudo se encuentran superpuestos. La introducción de terapias biológicas, dirigidas al fenotipo alérgico o eosinofílico, ha supuesto un gran avance en el tratamiento, pero no todos los pacientes responden al escogido como primera opción. El objetivo del estudio fue evaluar en vida real la proporción de pacientes que logran mejoras de eficacia en relación a las variables clínicas iniciales y la respuesta al tratamiento tras el fracaso de una primera línea de tratamiento biológico.

Material y métodos: Estudio de cohortes observacional-retrospectivo que incluyó a los pacientes con asma eosinofílica grave no controlada de un hospital de tercer nivel con altas dosis de corticoides inhalados (ICS), y/u otro controlador más omalizumab (≥ 4 meses) con cambio a mepolizumab en vista a conseguir una mejoría clínica. Los registros de pacientes se obtuvieron del software clínico Athos Pharma y las variables clínicas del software Diraya. Los criterios de valoración incluyeron la proporción de respondedores, es decir, pacientes con una mejoría clínica predefinida como el cumplimiento de ≥ 1 de los siguientes resultados: incremento $\geq 10\%$ volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1), reducción significativa ($\geq 50\%$) de la tasa anual de exacerbaciones y de los ciclos anuales de corticoides orales (OCS).

Resultados: Se incluyó un total de 72 pacientes en tratamiento con omalizumab candidatos a la reevaluación del tratamiento. Tras la valoración, solo se realizó el cambio de monoclonal en el 31% (22/72) por ausencia de mejoría clínica. De los que cambiaron a mepolizumab, el 100%, 56% y 13% respondieron a ≥ 1 , ≥ 2 y 3 resultados respectivamente. El 73% y 56% respondieron a la reducción significativa de exacerbaciones y OCS y el 50% al incremento del FEV1. Asimismo, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre los valores previos al cambio de monoclonal y post-tratamiento de IgE ($432,4 \pm 337,5$ frente a $134,5 \pm 255,75$) y eosinófilos en sangre ($797,6 \pm 1.092,9$ frente a $132,4 \pm 164,2$).

Conclusiones: Los resultados del presente estudio en vida real confirman los beneficios clínicos conseguidos tras la instauración de mepolizumab en pacientes con asma alérgica/eosinofílica grave no controlada previamente con omalizumab.

29. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FUNCIONALES Y BIOINFLAMATORIAS DE PACIENTES CON TOS CRÓNICA REFRACTARIA SECUNDARIA A REFLUJO GASTROESOFÁGICO

A. Crespo Lessmann, E. Curto Sánchez, E. Palones Femenia, S. Sánchez Maza, T. Bigorra Rodríguez y E. Mateus Medina

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción: La tos crónica (TC) refractaria secundaria a reflujo gastroesofágico (RGE) parece ser una causa común de las consultas de TC, pero las características de estos pacientes así como la presencia de algún biomarcador que los diferencie, es aún desconocida.

Objetivos: Conocer en una consulta de tos crónica especializada la prevalencia de tos crónica refractaria (TCR) secundaria a RGE, así como las características y la presencia de algún biomarcador inflamatorio específico en este tipo de pacientes.

Material y métodos: Se estudió de forma exploratoria un total de 30 pacientes de una consulta de tos crónica especializada (11 pacientes con TCR secundaria a RGE y 19 pacientes con TC). Como parte de la práctica clínica habitual se realizaron: estudios de función pulmonar, prick test, analítica, esputo inducido (EI) y TC torácico. El RGE se confirmó en todos los pacientes mediante una pHmetría y manometría esofágica. Del sobrenadante del EI se analizaron las citoquinas presentes usando el LEGENDplex panels (BioLegend), se determinaron los niveles de eotaxina, IgA, IgD, IgE, IgG1, IgG2, IgG3, IgG4, IgM, interferón alfa y gamma (IFN α and IFN γ), IL-1 β , IL-4, IL-5, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12p70, IL-13, IL-17A, IL-18, IL-23, IL-33, *monocyte chemoattractant protein 1* (MCP-1), *matrix metalloproteinase 2 y 9* (MMP2 y MMP9) y tumor necrosis factor alfa (TNF α). Se definió como TCR aquella que tenía una duración mayor de 8 semanas y que persistía a pesar del tratamiento de la patología subyacente.

Resultados: Las características clínicas, funcionales e inflamatorias de los pacientes se muestran en la tabla. La prevalencia de pacientes con TCR secundaria a RGE fue del 36,7%. Estos pacientes en su mayoría eran mujeres (90,9%, $p = 0,037$), nunca fumadoras (82%), con una edad avanzada (70,5 años, $p = 0,001$), con una rinitis no alérgica asociada (90%) y con un fenotipo inflamatorio del EI predominante paucigranulocítico (45,5%). No se observaron diferencias significativas entre las diferentes citoquinas estudiadas, únicamente se observaron niveles de INF γ más elevados ($p = 0,030$) en los pacientes con TCR. No se observaron correlaciones significativas entre la edad y los valores de INF γ .

Tabla 1: Características clínicas, funcionales e inflamatorias de los pacientes estudiados

Variables	Pacientes con TCR secundaria a RGE (n 11)	Pacientes con TC (n 19)	P*
Sexo (% mujeres)	90,9%	52,6%	0,037
Edad (años)	70,54 (7,97)	54,31 (16,65)	0,001
IMC (kg/m ²)	27,73 (3,24)	27,57 (5,74)	0,934
Nunca fumador	81,8%	63,2%	0,427
FVC (%)	102,45 (20,21)	95,73 (13,63)	0,286
FEV1 (%)	105,36 (19,09)	96,10 (14,71)	0,148
Rel (FEV1/FVC)	75,96 (7,18)	77,13 (5,53)	
Rinitis	90%	63,2%	0,108
Prick test positivo	25%	26,7%	0,666
FeNO ppB	16,67 (10,6)	27,7 (31,1)	0,566
Fenotipo inflamatorio en el esputo inducido (%)	Paucigranulocítico: 45,5% Mixto: 0% Eosinofílico: 18,2% Neutrofílico: 36,3%	Paucigranulocítico: 33,3% Mixto: 5,6% Eosinofílico: 33,3% Neutrofílico: 27,8%	0,658
Ig E total (UI/ml) en sangre	36,38 (41,38)	122,68 (133,8)	0,607
Eosinófilos en sangre x10E ⁹ /L	0,160 (0,084)	0,188 (0,209)	0,690
INF γ sobrenadante EI	9,25	2,84 (1,9)	0,030
Causas de tos crónica en la consulta	RGE: 11 (100%)	Idiopática 9 (30%) Bronquitis eosinofílica: 3 (10%) Traqueobroncomalacia 2 (6%) Rinitis 2 (6%) Asma 1 (6%) IECAS 1 (3%) Psicógena 1 (3%)	

*p significativa si era <0,05

EI: esputo inducido, FENO: fracción exhalada de óxido nítrico, FEV1: volumen espiratorio forzado dentro del primer segundo, FVC: capacidad vital forzada, IECAS: Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, Ig E: inmunoglobulina E, INF γ : interferón gamma, IMC: índice de masa corporal, ppB: partes por billón, RGE: reflujo gastroesofágico, TC: tos crónica (TC), TCR: tos crónica refractaria.

Conclusiones: La prevalencia de TCR secundaria a RGE no es despreciable en las consultas de TC. Estos pacientes se caracterizan en su mayoría por ser mujeres nunca fumadoras y de edad avanzada. No parece que exista un biomarcador inflamatorio específico. Sin embargo, el papel que juega el IF γ puede ser un inicio para estudiar a este tipo de pacientes.

407. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE NO CONTROLADA CANDIDATOS AL TRATAMIENTO CON MEPOLIZUMAB Y BENRALIZUMAB

J. López Martínez, R. Andújar Espinosa, S.Y. Ruiz Martínez, L. Fernández Mula, M. Fernández Granja, M. Aparicio Vicente, E. Solana Martínez, B. Fernández Suárez y J.A. Ros Lucas

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

Introducción: Las terapias biológicas han supuesto una revolución en el tratamiento del asma eosinofílica grave no controlada (AGNC), pues mejoran el control de la enfermedad, reducen las exacerbaciones y por tanto, el número de hospitalizaciones, mejorando la calidad de vida de los pacientes. Nuestro objetivo fue describir las características de los pacientes candidatos a mepolizumab (anticuerpo anti IL-5) y benralizumab (anticuerpo anti IL-5 R α).

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en una cohorte de 33 pacientes con AGNC que iniciaron tratamiento con mepolizumab o benralizumab entre noviembre 2017 y octubre de 2020. La muestra se obtuvo de la Unidad de Asma grave del servicio de Neumología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Resultados: Muestra de 33 pacientes, con edad media 56,30 \pm 15,80 años, predominio femenino (51,5%). Fumadores (3%), exfumadores (54,5%) y no fumadores (42,4%). Entre las comorbilidades más frecuentes: poliposis nasal (36,4%), rinosinopatía (30,3%), obesidad (30,3%), síndrome de apnea-hipopnea del sueño (24,2%), síndrome de ansiedad-depresión (15,2%), bronquiectasias (9,1%), neumonía eosinofílica crónica (6,1%), granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (6,1%). Del total de pacientes, 60,6% recibieron benralizumab y el resto, mepolizumab (39,4%). El 100% habían sido tratados previamente con glucocorticoides inhalados/agonistas β 2 adrenérgicos de acción larga (GCI/LABA) a dosis elevadas y anticolinérgicos de larga duración (LAMA). En cuanto a la clínica destacaba: disnea (100%), sibilancias (97%) y tos (93,9%). Tras el inicio de la terapia biológica se observó mejoría de la tos (3,2%) y la disnea (22,6%), cesando completamente las sibilancias. En cuanto al número de crisis asmáticas totales en un año, el 100% presentó al menos una crisis y el 24,2% precisó al menos un ingreso hospitalario, pero tras el inicio del tratamiento biológico la mayoría permanecieron sin crisis (64,5%) y no hubo nuevos ingresos.

Conclusiones: El asma eosinofílica grave no controlada es más frecuente en mujeres de mediana edad, exfumadoras. Entre las comorbilidades asociadas destaca la poliposis nasal, la rinosinopatía y la obesidad. Todos fueron tratados previamente con GCI/LABA a altas dosis y LAMA, pero a pesar de ello, la disnea fue el síntoma que persistía en todos los pacientes. Destaca que previo al tratamiento con biológicos, el 100% de los pacientes presentaba al menos una exacerbación al año y que hasta el 24,2% precisó algún ingreso hospitalario.

290. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE REINGRESAN POR EXACERBACIÓN DE ASMA

B. Recio Moreno¹, S. Suárez Escudero², K. Liendo Martínez², I. Domínguez Zabaleta², V. Gallo González², L. Puente Maestu² y J. de Miguel Díez²

¹Hospital Campo Grande, Valladolid, España. ²Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción: El asma bronquial es una enfermedad crónica que afecta a la calidad de vida de los pacientes y consume un elevado número de recursos sanitarios. En el curso de la enfermedad pueden aparecer exacerbaciones que pueden requerir ingreso hospitalario. Objetivo: conocer las características de los pacientes que reingresan por exacerbación de asma bronquial y compararlo con los que no lo hicieron.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo longitudinal de los pacientes hospitalizados por exacerbación de asma en el Hospital Gregorio Marañón desde el 1 enero 2016 al 31 diciembre 2018. Comparamos los pacientes que reingresan dentro de los seis meses siguientes al alta hospitalaria con aquellos que no lo hicieron. Recogimos características clínicas, antecedentes personales, consumo de recursos...

Resultados: Se estudiaron 184 pacientes, la mayoría mujeres (76,6%). De todos los pacientes incluidos en el estudio, reingresaron en los siguientes seis meses al alta hospitalaria 21 (11,4%). Se compararon las características de éstos últimos con aquellos que no reingresaron. Los resultados se exponen en las tablas.

VARIABLES	Sí reingreso a los seis meses	No reingreso a los seis meses	P
Edad (años) m± DE	70,86±17,69	59,67±20,45	0,012
Sexo (%):			
Varones	28,6	22	NS
Mujeres	71,4	78	
IMC (Kg/m ²) m± DE	28,00±5,15	29,41±7,62	NS
Enfermedad			
HTA	52,4	40,3	NS
DL	28,6	31,4	NS
Rinosinusitis	4,8	17	NS
Poliposis nasal	4,8	1,9	NS
RGE	19	8,8	NS
Bronquiectasias	14,3	1,9	0,003
SAHS	14,3	11,9	NS
SHO	9,5	0	0,000
Hipertiroidismo	0	1,3	NS
Ansiedad	14,3	10,7	NS
Depresión	19	11,9	NS
Obesidad	21,1	78,9	NS
IAM	4,8	3,8	NS
ICC	19	6,3	0,040
Enfermedad pulmonar crónica	9,5	3,8	NS
DM	23,8	11,9	NS
Neoplasias (incluyendo leucemia linfoma)	14,3	2,5	0,009
Puntuación índice de Charlson (m± DE)	1,19 ± 1,43	0,65 ± 1,18	NS

Consumo de recursos sanitarios el año previo al ingreso hospitalario	Sí reingreso a los seis meses	No reingreso a los seis meses	P
Visitas a urgencias hospitalarias (m± DE)	1,62±2,73	0,55±1,19	0,007
Ingresos hospitalarios (m± DE)	0,81±0,87	0,32±0,87	0,000
Pacientes con ingreso en UCI (%)	14,3	2,5	0,009
Episodios de VMNI (%)	19	2,5	0,001
Episodios de VMI (%)	9,5	1,9	0,046

Conclusiones: La mayoría de los pacientes que reingresaron dentro de los seis meses posteriores al alta hospitalaria fueron mujeres. Además, los individuos que reingresaron, en comparación con los que no lo hicieron, tenían más edad, mayor comorbilidad (medido mediante el índice de Charlson) y un consumo más elevado de recursos sanitarios en el año previo.

Esta investigación ha contado con la colaboración de AstraZeneca farmacéutica Spain S.A. Código ERS -19-20176.

454. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS POR AGUDIZACIÓN DE ASMA EN NUESTRA ÁREA DE SALUD

A. Ballester Ferriz^{1,2}, E. Monclou Garzón¹, J. Tarrasó Castillo^{1,2}, N. Blasco Angulo², A. Herrera Cuadros² y H. Mora Bastida¹

¹Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España. ²INCLIVA, Valencia, España.

Introducción: El objetivo fue analizar las características clínicas y el manejo de las agudizaciones de asma de los pacientes atendidos por crisis asmática y diagnósticos similares en Urgencias Médicas (UMED) durante un año, así como evaluar si la eosinofilia fue un factor predictor de ingreso o reconsulta hospitalaria.

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional descriptivo y analítico de una cohorte retrospectiva de pacientes que acudieron a UMED del Hospital Clínico Universitario de Valencia durante el año 2018. Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas. El estudio estadístico se realizó mediante test de chi cuadrado de Pearson.

Resultados: Incluimos 488 pacientes en 654 visitas. 334 fueron mujeres (68,58%) con edad media 49,77 años (± DE 21,67). El IMC medio fue de 28,63 (± DE 6,78). 273 pacientes (57,96%) nunca habían fumado y 102 eran fumadores activos (21,66%). Las comorbilidades identificadas fueron rinosinusitis (32,99%), obesidad (22,54%), RGE

VARIABLES	Media (DE) / n (%)
Edad	49.77 (21.67)
Sexo	
Hombre	153 (31.42%)
Mujer	334 (68.58%)
IMC	28.63 (6.78)
Tabaco (n=471)	
Nunca	273 (57.96%)
Activo	102 (21.66%)
Exfumador	96 (20.38%)
Comorbilidades	
Rinosinusitis	161 (32.99%)
Obesidad	110 (22.54%)
RGE	59 (12.09%)
Hipotiroidismo	51 (10.45%)
SAOS	34 (6.97%)
Poliposis nasal	28 (5.74%)
Dx previo de asma (n = 488)	
Sí	422 (86.45%)
Método dx	
TBD	88 (20.75%)
Metacolina	7 (1.65%)
FENO	21 (4.95%)
Peak Flow	1 (0.24%)
Clínica	305 (71.7%)
No	66 (13.55%)
Tratamiento previo (n = 488)	
Con corticoide inhalado	240 (49.18%)
Sin corticoide inhalado	248 (50.81%)
Ingresos episodios (n = 657)	
Sí	115 (17.67%)
No	536 (82.33%)
Destino episodio (n=657)	
Desconocido	1 (0.15%)
Curación	366 (56.05%)
Reconsulta	214 (32.77%)
Reingreso	66 (10.11%)
Muerte	6 (0.92%)
Seguimiento episodios (n = 657)	
Sí	517 (78.7%)
Servicio de seguimiento	
Neumología	331 (64.02%)
AP	152 (29.4%)
Alergología	33 (6.38%)
Medicina Interna	1 (0.19%)
No	140 (21.30%)
Eosinofilia > 150 (n = 488)	
Sí	262 (53.69%)
No	226 (46.31%)
Eosinofilia > 300 (n = 488)	
Sí	150 (30.66%)
No	338 (69.34%)

(12,9%), hipotiroidismo (10,45%), SAOS 6,97% y poliposis nasal (5,74%) entre otras. 422 pacientes tenían diagnóstico previo de asma (86,45%). 305 habían sido diagnosticados por criterios clínicos (71,7%), 88 (20,75%) por test broncodilatador, 7 (1,65%) por metacolina, 21 (4,95%) por FENO y 1 (0,24%) por *peak flow*. 240 (49,18%) pacientes llevaban tratamiento controlador con corticoide inhalado previo a la primera visita y 248 (50,81%) no. De las 654 consultas a lo largo del año, 115 (17,67%) acabaron en ingreso hospitalario. 214 (32,7%) fueron reconsultas a UMED y 66 (10,11%) reingresos. Tras el alta se realizó seguimiento en 517 episodios (78,3%): 331 (64,02%) fueron remitidos a Neumología (64,02%), 152 a Atención Primaria, 33 (6,38%) a Alergología y 1 (0,19%) a Medicina Interna. Del total de primeras consultas de todos los pacientes (n = 488), 226 (46,31%) tenían eosinofilia > 150 × 10⁹. No se encontraron diferencias significativas entre aquellos con cifras mayores o menores a este punto de corte respecto a los ingresos (p 0,166) ni tampoco en las reconsultas (p 0,217). Los resultados tampoco fueron significativos al realizar el análisis con cifras de eosinófilos > 300 × 10⁹ (ingresos p 0,267 y reconsultas p 0,718).

Conclusiones: El análisis de nuestra cohorte mostró una elevada tasa de pacientes con diagnóstico de asma no confirmado. La eosinofilia no se pudo considerar un factor predictor de ingreso o reconsulta en nuestro estudio.

511. CAUSAS DE RETIRADA DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO PARA EL ASMA GRAVE EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ DE HUELVA (2007-2021)

C. Romero Sayago, J. Romero López, B. Gracia Hernández, M.A. Díaz Santos, C. Puchas Manchón y A. Pereira Vega

Servicio de Neumología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

Introducción: Desde 2006 disponemos de los tratamientos biológicos para pacientes con asma grave de difícil control (AGDC), lo que ha supuesto un beneficio clínico evidente. El anti IgE omalizumab (O) se empezó a prescribir en nuestro hospital en 2007 y posteriormente los anti IL5, mepolizumab (M) en 2010 y más recientemente benralizumab (B) en 2018. Habitualmente son tratamientos bien tolerados y eficaces. Sin embargo, existen posibles causas de retirada: ausencia de eficacia (GETE), efectos secundarios severos, reevaluación tras 5 años de tratamiento u otras causas (pérdida del paciente, fallecimiento...).

Objetivos: Analizar las causas de retirada de tratamiento con fármacos biológicos en nuestro hospital Juan Ramón Jiménez (HJRJ) de Huelva.

Material y métodos: Se han revisado los pacientes con AGDC que han recibido terapias biológicas para el asma desde 2007 hasta la actualidad en nuestro centro. Se han registrado los efectos secundarios severos así como los motivos que ocasionaron su retirada.

Resultados: Desde 2007 han iniciado terapia biológica para el AGDC en el HJRJ 236 pacientes, de los cuales se han seleccionado con criterios estrictos 114 (66 O, 20 M y 28 B). Actualmente tenemos en activo (diciembre 2021) 21 O, 16 M y 24 B. Las causas de retirada han sido: falta de eficacia por no mejora de GETE en 24 pacientes (21%); en concreto 21 pacientes con O, 3 con B y 0 con M. Presentaron efectos secundarios el 25,76% de pacientes con O, el 60,71% de pacientes de B y el 85% de pacientes con M. De ellos, debido a la severidad de los mismos se retiró el tratamiento en 7 ocasiones (6,14%), 3 en O, 1 en B y 3 en M. Tras reevaluación a los 5 años de tratamiento, en 10 pacientes (8,77%) se pudo retirar el biológico manteniendo el control tras su retirada; sin embargo, en 9 pacientes (7,89%) se objetivó un empeoramiento tras la retirada que obligó a la reintroducción del biológico. Debido a otras causas (7,89%), se suspendió el tratamiento en 8 pacientes con O, 1 con M y 0 con B.

Conclusiones: Los tratamientos biológicos son habitualmente eficaces y bien tolerados en el AGDC. Las principales causas de retirada del

tratamiento en nuestro estudio han sido la falta de eficacia por no mejoría en GETE y la reevaluación a los 5 años de tratamiento. La aparición de efectos secundarios graves que obliguen a la suspensión del tratamiento ha sido escasa en nuestra cohorte.

174. CUANTIFICACIÓN DE LA MEDIDA DE UTILIDAD GENÉRICA Y ESPECÍFICA EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA EN ESPAÑA EN VIDA REAL. ESTUDIO UTILITY

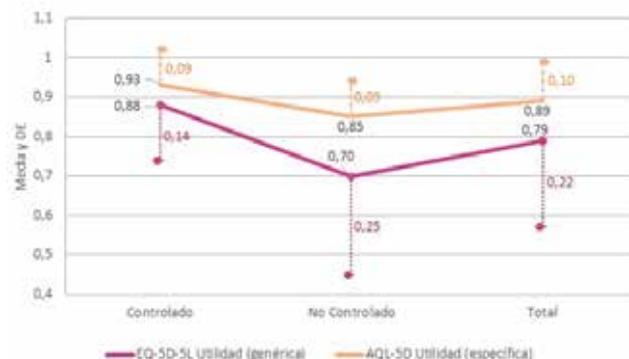
E. Martínez Moragon¹, L.M. Entrenas Costa², J. Sánchez-Covisa Hernández³, C. Torres González³, A. de Prado Moncusi⁴ y G. Monteagudo Ruiz³

¹Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España. ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España. ³AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A, Madrid, España. ⁴Iqvia, Madrid, España.

Introducción: A pesar de la existencia en España de cuestionarios validados en asma para medir la calidad de vida y la medida de utilidad, no existen datos en pacientes con asma grave. La medida de utilidad permite evaluar la calidad de vida mediante una escala simplificada que generalmente varía de 0 a 1 (0 = muerte; 1 = salud perfecta). El objetivo del estudio es evaluar la medida de utilidad en pacientes con asma grave no controlada y compararla con la población controlada. Se proporcionarán dos medidas de utilidad, una obtenida con el cuestionario genérico EQ-5Dy otra con el cuestionario específico de asma AQLQ (AQL-5).

Material y métodos: Estudio observacional, transversal realizado en 15 centros españoles. Se incluyeron pacientes adultos con asma grave (según GEMA 5.0) asignados a 2 cohortes según la puntuación en el cuestionario ACQ-5: controlados (ACQ-5 < 1 y máximo 1 exacerbación/año) y no controlados (ACQ-5 ≥ 1 y/o 2 o más exacerbaciones/año). Se recogieron datos clínicos y en la visita de estudio, los pacientes cumplieron ambos cuestionarios, cuyos resultados se utilizaron para obtener las medidas de utilidad genérica y específica.

Resultados: Se incluyeron 159 pacientes con asma grave (82 no controlados y 77 controlados): 67,9% mujeres, edad media 54,0 ± 4,1 años e IMC 28,8 ± 5,4. Los pacientes controlados presentaron mayores medidas de utilidad, tanto genérica como específica (fig.). En el caso del EQ-5D, los pacientes controlados tuvieron una utilidad de 0,88 (DE = 0,14) y los no controlados de 0,70 (DE = 0,25). En el AQL-5, la utilidad obtenida en los pacientes controlados fue de 0,93 (DE = 0,09) y en los no controlados de 0,85 (DE = 0,09). Por sus menores desviaciones estándar, las utilidades específicas fueron más precisas que las genéricas.



Utilidades en las dos poblaciones con asma grave controlada y no controlada.

Conclusiones: Este estudio proporciona por primera vez datos de las medidas de utilidad en pacientes con asma grave en España, confirmando que los pacientes con asma no controlada tienen una menor medida de utilidad que los pacientes controlados, lo cual tiene importancia desde el punto de vista clínico. Una diferencia de 0,18 puntos

en la utilidad del EQ-5D entre los dos grupos (controlados y no controlados) se considera como clínicamente relevante en la literatura.

258. DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES QUE INICIAN BENRALIZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN ESPAÑA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO ORBE II

A. Padilla Galo¹, A. Levy Naon², I. Moya Carmona³, E. Luzón Alonso⁴, J. Sánchez Tena⁴ y G. Resler Plat⁴

¹Servicio de Neumología, Hospital Costa del Sol, Marbella, España.

²Servicio de Neumología, Hospital Quirón-Salud Málaga, Málaga, España. ³Servicio de Farmacia, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España. ⁴Departamento médico AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A, Madrid, España.

Introducción: El benralizumab es un anticuerpo monoclonal antieosinófilo, indicado en pacientes adultos con asma grave no controlada. El programa de estudios internacional en vida real XALOC, del cual forma parte el estudio ORBE II, explora las características de los pacientes tratados con benralizumab en condiciones de práctica clínica habitual, y analiza resultados clínicos y patrones de uso en dichos pacientes.

Material y métodos: ORBE II es un estudio observacional y retrospectivo que incluyó pacientes con asma grave en España que iniciaron tratamiento con benralizumab. Se recogieron características y datos clínicos de los pacientes previos y posteriores al inicio del tratamiento (fig. 1). Los resultados que se presentan son los datos basales con los estadísticos descriptivos apropiados en cada caso.

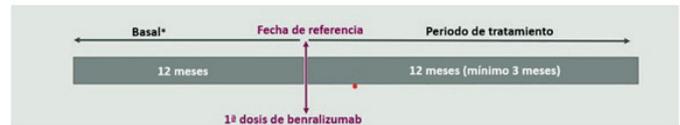
Resultados: Fueron analizados 204 pacientes tratados con benralizumab en 15 centros. Un 62,3% eran mujeres, con edad media (desviación estándar, DE) de 56,4 (12,4), índice de masa corporal medio (DE) de 28,1 (6,3) y una edad media (DE) de inicio del asma de 34,4 (16,4) años. Un tercio de los pacientes tenían asma alérgica de acuerdo con su historia clínica y el 93,6% tenían comorbilidades, siendo las más

Tabla 1 Características basales en los 12 meses previos al tratamiento con benralizumab

Sexo (mujer), n (%)	127 (62,3)
Edad, media (DE)	56,4 (12,4)
IMC, media (DE)	28,1 (6,3)
Edad de inicio del asma, media (DE)	34,4 (16,4)
Asma alérgica, n (%)	68 (33,3)
Hábito tabáquico, n (%)	
o Nunca fumador	128 (62,7)
o Exfumador	69 (33,8)
o Fumador	6 (2,9)
Presencia de comorbilidades, n (%)	191 (93,6)
o Rinosinusitis crónica con poliposis nasal	75 (36,8)
o Obesidad	62 (30,4)
o Reflujo gastroesofágico	42 (20,6)
o Osteoporosis	32 (15,7)
o Diabetes	18 (8,8)
o Cataratas	6 (2,9)
Eosinófilos en sangre periférica (cel/μL), media (DE)	548,5 (476,9)
IgE total (IU/mL), mediana (RIC)	163,5 (49,8; 432,0)
FeNO (ppb), media (DE)	47,5 (38,5)
ICS/LABA, n (%)	202 (99)
LAMA, n (%)	152 (74,5)
LTRA, n (%)	117 (57,4)
Corticodependientes, n (%)	53 (26,0)
o Dosis de OCS (mg), media (rango)	19,7 (5,0-75,0)
Tratamiento previo con omalizumab, n (%)	32 (15,7)
Tratamiento previo con mepolizumab, n (%)	33 (16,3)
Tratamiento previo con reslizumab, n (%)	5 (2,5)
FEV1 pre-BD (L), media (DE)	1,9 (0,8)
FEV1 pre-BD (%), media (DE)	67,3 (21,0)
FEV1 post-BD (L), media (DE)	2,0 (0,8)
FEV1 post-BD (%), media (DE)	68,5 (22,1)
ACT, media (DE)	14,1 (5,1)
Pacientes con exacerbaciones graves, n (%)	173 (84,8)
o Exacerbaciones graves, media (DE)	3,0 (2,2)
Exacerbaciones graves con visita a urgencias, n (%)	84 (41,7)
Exacerbaciones graves con hospitalización, n (%)	44 (21,6)

ACT, asthma control test; BD, broncodilatador; DE, desviación estándar; ICS, corticoides inhalados; IMC, índice de masa corporal; FeNO, fracción exhalada de óxido nítrico; LABA, β agonista de acción larga; LAMA, agonista muscarínico de acción larga; LTRA, antagonista del receptor de leucotrienos; OCS, corticoides orales; RIC, rango intercuartilico

Fig. 1 Diseño del estudio y medida clínicas de valoración



Medidas clínicas de valoración: exacerbación grave del asma, ACT, ACQ, AQLQ, mini AQLQ, eosinófilos en sangre, IgE total, FeNO, función pulmonar, uso de OCS y HRU.

frecuentes la rinosinusitis crónica con poliposis nasal (RSCcPN) (36,8%), la obesidad (30,4%) y el reflujo gastroesofágico (20,6%). Un 30,9% de pacientes recibieron al menos un biológico previo (siendo el motivo fundamental del cambio la falta de respuesta). Adicionalmente, el 26,0% de los pacientes eran corticodependientes (≥ 3 meses con uso de corticoides sistémicos), recibiendo una dosis media diaria de 19,7 mg de prednisona (rango 5,0-75,0 mg). El 84,8% presentaron exacerbaciones graves en el año previo, con una media de 3 exacerbaciones. La eosinofilia media (DE) previa al inicio del tratamiento con benralizumab era de 548,5 cel/μL (476,9).

Conclusiones: Los datos basales de los pacientes del estudio ORBE II muestran una población con fenotipo eosinofílico, con características como una elevada eosinofilia y número de exacerbaciones graves, inicio tardío del asma, elevado uso de corticoides orales y presencia de comorbilidades, entre las que destaca la RSCcPN. La importante carga de enfermedad de esta población sugiere que existe una necesidad de tratamientos altamente eficaces en pacientes con asma grave no controlada, incluso en aquellos con uso previo de fármacos biológicos.

374. DETECCIÓN DE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADO PARA SU INCLUSIÓN EN LA UNIDAD DE ASMA ¿QUÉ APORTA?

A. Martín González, P. Iglesias Ramos, L. Pascual Canales, M.I. Fernández Rodríguez, S. Ureña Fernández, B. Calderón Cruz, I. Veiga Teixeira, C. González Fernández y J. Abal Arca

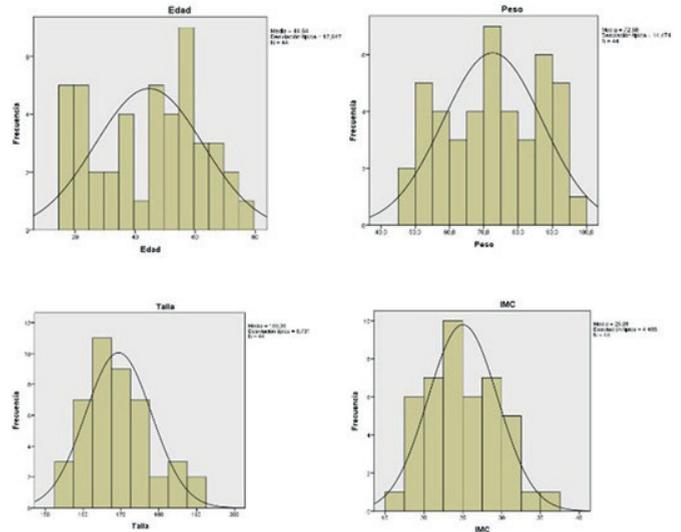
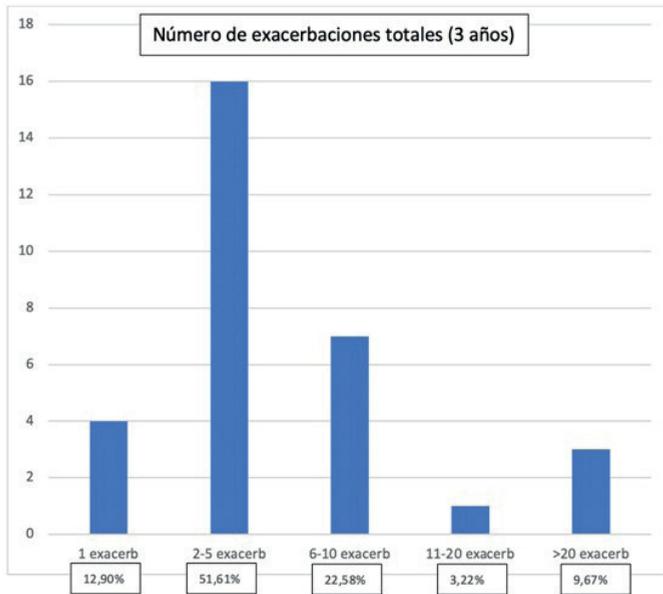
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España.

Introducción: Muchos pacientes con asma permanecen con síntomas y exacerbaciones a pesar de existir tratamientos eficaces. La atención en una Unidad de Asma Grave se asocia a un mejor control y disminución de exacerbaciones.

Objetivos: Identificar pacientes con asma mal controlada sin seguimiento que precisen atención en la Unidad de Asma Grave del Complejo Hospitalario de Ourense.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico observacional anidado a una cohorte prospectiva. Se identificaron pacientes ingresados por agudización asmática entre el año 2019 y el 2021 con mal control de su enfermedad y sin seguimiento en la unidad de asma. Se analizaron las características clínicas, funcionales y dosis acumulada de corticoterapia sistémica (CS).

Resultados: Se seleccionaron 31 pacientes. 14 (45,2%) fueron hombres y 17 (54,8%) mujeres, con una edad media de 56 años; 11 (35,5%) ex fumadores y 8 (25,8%) fumadores activos. Las comorbilidades asociadas más frecuentes fueron la hipertensión arterial y la obesidad, en 21 pacientes. 10 asociaban patologías psiquiátricas. Solo tenían diagnóstico confirmado de asma 15 (48,4%). El cociente FEV1/FVC medio fue de 60,6%, FEV1 medio de 2,11 (76,9%), FVC media de 3,53 (100,84%) y FENO medio de 27,5. Presentaron de media 2,6 exacerbaciones en 2019 [1,70 (65,38%) ambulatorias y 0,9 (34,61%) hospitalarias, con una dosis media total de CS de 721 mg]; 1,90 exacerbaciones en 2020 [0,77 (41,17%) ambulatorias y 1,12 (59,89%) hospitalarias, con una dosis media total de CS de 800 mg] y una media de 2,48 exacerbaciones en 2021 [1,25 (50,40%) ambulatorias y 1,23 (49,59%) hospitalarias, con una dosis media total de CS de 804 mg]. Las exacerba-



Datos demográficos y antropométricos.

ciones totales en tres años aparecen reflejadas en la figura. Hasta el momento han sido reevaluados 12 pacientes, 6 presentaron sospecha de asma grave no controlado y fueron incluidos en la Unidad de Asma. 2 se excluyeron por diagnóstico de EPOC. En 4 se constató una técnica inhalatoria inadecuada, y en 2 nula adherencia al tratamiento. La intervención terapéutica fue descenso de corticoterapia inhalada en 2 pacientes, aumento en 3 y paso a triple terapia en 3 pacientes.

Conclusiones: En nuestra serie, el 19,35% de pacientes ingresados por agudización asmática sin seguimiento médico tras una reevaluación adecuada presentaron sospecha de asma grave no controlada y fueron incluidos en la Unidad de Asma. Esta intervención podría suponer un impacto positivo para el control de la enfermedad.

662. DETERMINACIÓN DEL ÓXIDO NÍTRICO EXHALADO EN PACIENTES SANOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA CON SINTOMATOLOGÍA DE HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL POS-COVID-19

I. di Frisco Ramírez¹, C. Felgueroso Rodero¹, M. Sangro Prieto¹, M. Navamuel Andueza¹, M. Sogbe Díaz¹, J. Bertó Botella², M.T. Pérez Warnisher², A.B. Alcaide Ocaña¹, A. Campo Ezquibela¹ y L. Seijo Maceiras²

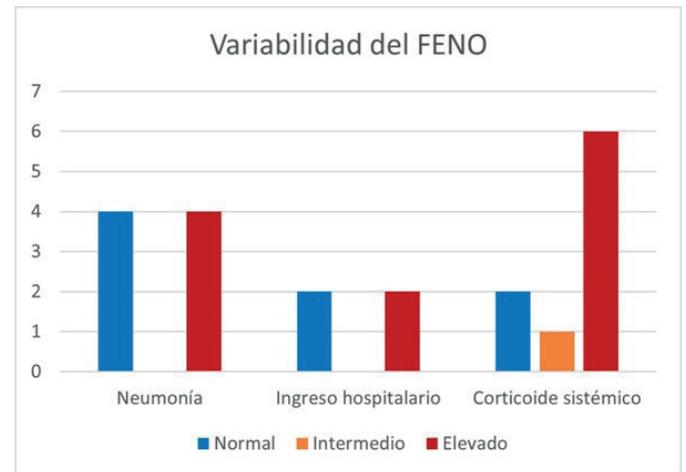
¹Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

²Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España.

Introducción: La fracción exhalada de óxido nítrico (FENO) se relaciona con la patogenia, diagnóstico y pronóstico del asma. Nuestro objetivo principal es conocer la variabilidad del FENO en pacientes sanos con síntomas de hiperreactividad bronquial tras el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2.

Material y métodos: Entre mayo 2020 y enero 2022 se hicieron en la Clínica Universidad de Navarra 44 espirometrías y determinaciones de FENO en pacientes sanos con clínica de hiperreactividad bronquial tras haber presentado infección por SARS-CoV-2. Se recogieron datos demográficos, antropométricos, tratamiento, diagnóstico de neumonía y requerimiento de ingreso hospitalario. En todos se descartó patología de vía aérea alta mediante TC macizo facial. Diseño: estudio retrospectivo descriptivo de una serie de casos utilizando el programa IBM SPSS statistic 20.

Resultados: Se analizaron 44 casos (19 hombres y 25 mujeres), con edad media de 45 años \pm 18, peso medio 73 kg \pm 14, talla media 169 cm \pm 9, índice de masa corporal 25 kg/m² \pm 4 y media de 5,4 meses



Variabilidad del FENO según ingreso hospitalario, diagnóstico de neumonía y corticoide sistémico en el curso de la infección por SARS-CoV-2.

desde la infección por SARS-CoV-2. De las 44 determinaciones de FENO 27% fueron normales (5-25 ppb), 14% intermedios (25-50 ppm) y 66% elevados (> 50 ppb). De 44 espirometrías, 39 fueron normales y 5 mostraron patrón obstructivo (4 con FENO elevado y 1 normal). En los casos con FENO normal o intermedio (18) se realizó broncoprovocación por metacolina siendo negativa en 100% de casos con FENO normal y positiva en 67% de FENO intermedio. De los casos con FENO normal 4 presentaron neumonía, 2 requirieron ingreso hospitalario, 2 recibieron corticoide sistémico. Aquellos con FENO intermedio ninguno tuvo neumonía ni ingreso hospitalario, solo 1 recibió corticoide sistémico. Para FENO elevado 4 presentaron neumonía, 2 requirieron ingreso hospitalario y 6 recibieron corticoide sistémico.

Conclusiones: La determinación del FENO es una prueba no invasiva con una sensibilidad de 75% y especificidad de 80%. En nuestro estudio no se observan diferencias estadísticamente significativas en la variabilidad del FENO en pacientes sanos con diagnóstico de neumonía, ingreso hospitalario o necesidad de corticoide sistémico en el curso de la infección por SARS-CoV-2. Para un grupo de 44 pacientes sanos con infección previa por SARS-CoV-2 con clínica de hiperreactividad bronquial los valores de FENO están elevados en 80% de los casos, lo que sugiere inflamación de la vía aérea. No obstante, es necesario realizar más estudios aumentando el tamaño muestral y el tiempo de seguimiento, comparando con un grupo control.

442. DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE ALERGIA EN PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL EOSINOFÍLICA GRAVE SENSIBILIZADOS A ALGÚN AEROALÉRGENO

T. Zapata Comas, C. Padró Casas, M. Basagaña Torrentó, A. Jhunió Solís, I. Alfaya Fiaño, M.M. Martínez Colls, M. Rivera Ortún, A. Teniente, E. Martínez Cáceres, J.T. Navarro Fernando, A. Roger Reig, I. García Olivé, A. Rosell Gratacós, J. Abad Capa y C. Martínez Rivera

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

Introducción: La sensibilización a aeroalérgenos tiene que acompañarse de sintomatología alérgica para establecer el diagnóstico de asma alérgica especialmente en asma grave eosinofílica donde se tiene que decidir tratamientos biológicos. El objetivo fue demostrar si el perfil de asma eosinofílica alérgica severa es diferente del paciente con asma eosinofílica severa con sensibilización pero sin correlación sintomática.

Material y métodos: En el marco de un estudio de asma grave eosinofílica con 160 asmáticos (niños y adultos) de la Unidad de Asma, se seleccionaron 98 pacientes > 18 años. Se recogieron datos demográficos, antropométricos, función pulmonar, prick test a aeroalérgenos, eosinófilos en esputo y sangre, FeNO, interleucinas familias TH1, TH2, TH17 y células linfoides innatas tipos 1,2 y 3 en suero. Se registró ACT, AQLQ, número de exacerbaciones en el año previo. Se siguieron los pacientes durante un año registrando función pulmonar, ACT, AQLQ y número de exacerbaciones. Se clasifican los paciente en alérgicos o no en función de si la sensibilización a algún alérgeno era clínicamente relevante, aspecto que realizaron dos alergólogos de la Unidad de Asma. La correlación K entre ellas fue de 0,84 (p = 0,000).

Resultados: Los paciente con asma bronquial eosinofílica alérgica fueron más jóvenes, tenían menos obstrucción, celularidad en esputo (eosinófilos y neutrófilos) e IL8 en suero y mantenían mejor FEV1 al año. Había tendencia no estadísticamente significativa a menor inicio del asma en edad adulta y ex o tabaquismo activo. No se objetivaron más exacerbaciones, más sintomatología durante el año previo ni al año de seguimiento (tabla). No se objetivaron diferencias en perfil inflamatorio en cuanto a otras interleucinas, linfocitos, TH ni ILCs.

	A. alérgica	A.Sensibilizados	A. No alérgica	p
Edad años	42.5 (13)	53.04(16)	53.8(15)	0.034
Nunca fumador	77.5%	61.5%	53%	0.164
Inicio asma adult	50%	73%	69%	0.185
ERA	7,3%	31,1%	6,7%	0.019
FEV1 l	2.56(0.8)	1.93 (0.8)	1.99(0.7)	0.099
FEV1 %	79.4 (18)	68.1 (24)	75.4 (19)	0.097
Eosinof. esput	30%	53%	67%	0.128
Neutróf. esput	21.7%	47%	67%	0.044
Cel. mixta	8.7%	47.1%	33%	0.022
Paucigranul.	39.1%	17.6%	0%	0.045
IL8serum	14.7(8.6)	16.5(7.3)	19.5(15.6)	0.026
Obstr seguim	29%	50%	60%	0.067
ACT<20seguim	61%	50%	53.3%	0.659
>1exacb. segui	46.3%	42.5%	46.7%	0.941
No contr segui	36.6%	53.8%	53.3%	0.299

Conclusiones: En el asma grave eosinofílica, la sensibilización a aeroalérgenos sin tener en cuenta los síntomas no se debería de utilizar para fenotipar como asma alérgica; hemos visto que pueden ser dos perfiles de asma severa eosinofilia diferente a falta de estudios más amplios.

22. DISTRIBUCIÓN DE BIOMARCADORES T2 Y RESPUESTA A BIOLÓGICOS EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ASMA GRAVE. RESULTADOS DE GEMA-DATA

R.M. Díaz Campos¹, B. García-Cosío Piqueras², A. Habernau Mena³, A. Padilla Galo⁴, C. Cisneros Serrano⁵, M. Castilla Martínez⁶, J. García de Pedro⁷ y L. Pérez de Llano⁸

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ²Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España. ³Complejo Hospitalario de Mérida, Badajoz, España. ⁴Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, España. ⁵Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España. ⁶Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, Murcia, España. ⁷Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. ⁸Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.

Introducción: La mayor parte de pacientes con asma grave tratada con biológicos experimenta una respuesta parcial. Analizar la distribución de biomarcadores T2 (eosinofilia en sangre, óxido nítrico en el aire exhalado: FENO) en pacientes tratados con un biológico y su relación con variables de respuesta clínica, puede ayudar a seleccionar tratamientos con mayor precisión.

Material y métodos: Datos obtenidos del registro español de asma grave (GEMA-DATA). De ellos se seleccionaron los pacientes tratados con un biológico y con resultados de las 2 variables (n = 239). Se utilizaron como puntos de corte: eosinofilia sanguínea ≥ 150 cels/mm³ y FENO ≥ 25 ppb. Se estudió la asociación existente entre las diferentes combinaciones de los dos biomarcadores y variables clínicamente relevantes.

Resultados: Ninguna de las posibles combinaciones de los dos biomarcadores se asoció con diferencias significativas en variables clínicas (test de control del asma, FEV1, exacerbaciones, uso de esteroides). En la tabla se detallan los resultados.

Group	Total (N=239)	Eos ≥ 150 & FENO ≥ 25 ppb (N=61) A	Eos ≥ 150 & FENO < 25 ppb (N=41) B	EOS < 150 & FENO ≥ 25 ppb (N=75) C	Eos < 150 & FENO < 25 ppb (N=54) D	p-value (A-D)
Sex						
Female n (%)	155 (64.9%)	42 (68.8%)	28 (68.3%)	46 (61.3%)	37 (68.5%)	0.812*
Missing	0	0	0	0	0	
N Valid	239	61	41	75	54	
Mean (SD)	28.4 (15.3)	26.3 (14.4)	29.5 (15.4)	28.8 (15.3)	29.4 (15.7)	<0.001*** (A vs. B, C, D)
Median (IQR)	28.0 (24.7-31.4)	27.1 (23.1-29.0)	29.4 (24.4-32.9)	27.9 (25.0-31.6)	29.3 (24.7-32.2)	>0.001*** (all)
Missing	0	0	0	0	0	
N Valid	239	61	41	75	54	
Mean (SD)	54.8 (14.9)	51.4 (14.1)	56.2 (15.4)	53.3 (15.0)	56.1 (15.1)	>0.001*** (all)
Median (IQR)	57.1 (48.3-66.0)	52.7 (43.8-61.7)	61.2 (48.8-67.1)	57.7 (48.3-67.0)	57.8 (48.7-66.6)	>0.001*** (all)
Missing	0	0	0	0	0	
N Valid	239	61	41	75	54	
Early onset (≤ 12 yrs) n (%)	42 (17.6%)	13 (21.3%)	7 (17.1%)	13 (17.3%)	9 (16.7%)	0.990*
Missing	0	0	0	0	0	
N Valid	239	61	41	75	54	
FEV1, post bronchodilator						
Mean (SD)	81.8 (23.3)	79.9 (24.0)	80.1 (22.8)	87.9 (22.6)	78.8 (22.7)	>0.001*** (all)
Median (IQR)	81.1 (63.3-97.0)	78.4 (63.9-93.7)	77.4 (63.9-93.0)	86.9 (73.9-98.7)	72.9 (53.9-97.5)	>0.001*** (all)
Missing	0	0	0	0	0	
N Valid	239	61	41	75	54	
Positive skin prick test n (%)	150 (62.7%)	39 (63.8%)	23 (56.1%)	41 (54.7%)	25 (46.3%)	0.108*
Missing	0	0	0	0	0	
N Valid	239	61	41	75	54	
ACT < 20 n (%)	110 (46.0%)	37 (60.7%)	22 (53.7%)	31 (41.3%)	20 (37.0%)	0.159*
Missing	0	0	0	0	0	
N Valid	239	61	41	75	54	

Group	Total (N=239)	Eos ≥ 150 & FENO ≥ 25 ppb (N=61) A	Eos ≥ 150 & FENO < 25 ppb (N=41) B	EOS < 150 & FENO ≥ 25 ppb (N=75) C	Eos < 150 & FENO < 25 ppb (N=54) D	p-value (A-D)
Exacerbations						
Mean (SD)	0.5 (1.0)	0.9 (1.4)	0.4 (1.0)	0.2 (0.5)	0.4 (0.9)	<0.01** (A-C)
Median (IQR)	0 (0-1.0)	0 (0-2.0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	>0.001*** (all)
Missing	0	0	0	0	0	
N Valid	239	61	41	75	54	
Oral corticosteroid dose (mg/day prednisone or equivalent)(actual)						
Mean (SD)	9.3 (10.3)	8.9 (10.7)	16.3 (20.7)	7.5 (13.1)	10.8 (12.3)	>0.001*** (all)
Median (IQR)	5.0 (0-10.0)	6.3 (0-10.0)	6.3 (0-25.0)	5.0 (0-10.0)	5.0 (0-10.0)	>0.001*** (all)
Missing	0	0	0	0	0	
N Valid	239	61	41	75	54	
Patients with biologics n (%)	239 (100%)	69 (100%)	41 (100%)	75 (100%)	54 (100%)	-
Anti-IgE/omalizumab n (%)	92 (38.5%)	27 (44.3%)	28 (68.3%)	20 (26.7%)	17 (31.5%)	<0.001*** (A-B)
Missing n (%)	0	0	0	0	0	<0.001*** (A-C)
N Valid n (%)	239	69	41	75	54	<0.001*** (B-D)
Anti-IL5/omalizumab n (%)	146 (61.1%)	16 (26.2%)	4 (9.8%)	15 (20.0%)	16 (29.6%)	0.119*
Missing n (%)	0	0	0	0	0	
N Valid n (%)	239	69	41	75	54	

*Chi-Square; **Fisher; ***T statistic (Post hoc: Games-Howell, comparison of means assuming normality).

Conclusiones: La distribución de biomarcadores T2 (eosinófilos en sangre y FENO) en asmáticos tratados con fármacos biológicos no se asocia con desenlaces clínicos relevantes.

24. DISTRIBUCIÓN E IMPLICACIONES CLÍNICAS DE LOS BIOMARCADORES T2 EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ASMA GRAVE. RESULTADOS DE GEMA-DATA

M. Muñoz Esquerre¹, N. Marina Malanda², V. Plaza Moral³, I. Urrutia Landa⁴, E. Martínez Moragón⁵, J.A. Gullón Blanco⁶ y L.A. Pérez de Llano⁷

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Bellvitge- IDIBELL, Barcelona, España. ²Servicio de Neumología, Hospital Universitario Cruces, Bizkaia, España. ³Servicio de Neumología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ⁴Servicio de Neumología, Hospital de Galdakao-Usansolo, Bizkaia, España. ⁵Servicio de Neumología, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España. ⁶Servicio de Neumología, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, España. ⁷Servicio de Neumología, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.

Introducción: El asma es una enfermedad biológicamente heterogénea y también lo es el asma “T2-alta”. Analizar la distribución de biomarcadores T2 (eosinofilia en sangre, IgE total y óxido nítrico en el aire exhalado: FENO) en una población de asmáticos graves y sus implicaciones clínicas puede ayudar a seleccionar tratamientos con mayor precisión.

Material y métodos: Datos obtenidos del registro español de asma grave (GEMA-DATA). De ellos se seleccionaron los pacientes con re-

Variable	Total (N=392; 100%)	Eos+ y FENO+ (N=107; 27.3%)	Eos+ e IgE+ (N=122; 31.1%)	FENO+ e IgE+ (N=194; 49.5%)	Eos+ (N=157; 40.1%)	FENO+ (N=260; 66.3%)	IgE+ (N=302; 77.3%)	Triple positivo (N=79; 20.2%)	Triple negativo (N=26; 6.6%)	p-valor (p-H)
Sexo Femenino, n (%)	246 (62.8%)	83 (80.1%)	102 (81.6%)	117 (60.3%)	128 (81.2%)	154 (61.6%)	190 (62.7%)	62 (59.6%)	14 (80.9%)	0.999*
Edad, Mediana (IQR)	56.3 (45.2-65.7)	54.1 (44.7-63.5)	52.8 (43.2-63.5)	55.3 (44.9-65.0)	55.1 (44.7-64.1)	56.1 (45.7-65.5)	55.3 (44.3-65.1)	52.4 (42.7-62.4)	60.6 (45.9-67.5)	<0.05***
Inicio temprano (< 12 años), n (%)	69 (17.6%)	30 (21.7%)	38 (23%)	45 (23.2%)	42 (20.1%)	48 (19.2%)	62 (20.5%)	29 (27.9%)	1 (4.3%)	0.273*
ACT < 20 puntos n (%)	152 (40.5%)	60 (46.9%)	70 (45.9%)	72 (39.1%)	89 (45.2%)	96 (40.2%)	115 (40.1%)	45 (47.9%)	9 (29.1%)	0.965*
Exacerbaciones Mediana (IQR)	0 (0-1.0)	0 (0-1.0)	0 (0-1.0)	0 (0-1.0)	0 (0-1.0)	0 (0-1.0)	0 (0-1.0)	0 (0-1.0)	0 (0-1.0)	<0.05***
FEV1 post broncodilatador Mediana (IQR)	78.8 (64.8-93.0)	77.8 (63.8-90.5)	76.7 (62.8-90.4)	80.2 (66.5-92.8)	77.7 (63.6-92.1)	80.3 (67.2-92.0)	79.0 (64.2-93.0)	75.8 (63-90.1)	68.2 (58.3-83.8)	<0.05***
Prick test positivo, n (%)	219 (56.2%)	72 (62.6%)	105 (73.9%)	114 (65.9%)	122 (68.5%)	132 (59.2%)	185 (68.3%)	61 (70.9%)	10 (43.5%)	0.021*
Poliposis nasal actual n (%)	136 (34.7%)	53 (38.4%)	49 (29.7%)	73 (37.6%)	71 (34.9%)	99 (39.6%)	109 (37%)	35 (33.7%)	6 (26.1%)	0.412*
ERGE, n (%)	96 (24.5%)	34 (24.6%)	32 (19.4%)	50 (25.9%)	45 (21.5%)	67 (26.8%)	66 (21.9%)	23 (22.1%)	11 (47.9%)	0.092*

Características clínicas basales en total y por agrupación de biomarcadores “T2 alto” en pacientes con asma grave.

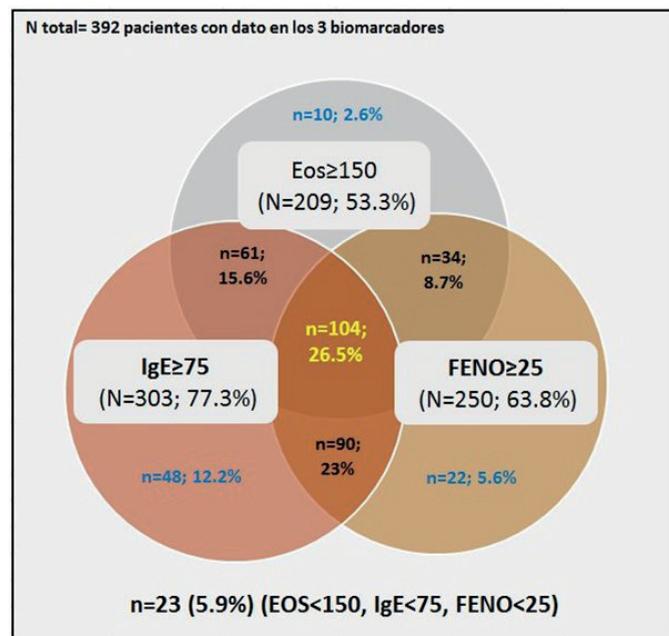


Diagrama de la distribución de biomarcadores “T2 alto” en pacientes con asma grave.

sultados de las 3 variables (n = 392). Se utilizaron como puntos de corte: eosinofilia sanguínea ≥ 150 cel/mm³, FENO ≥ 25 ppb e IgE ≥ 75 UI/mL. Se estudió la interrelación entre los 3 biomarcadores y la repercusión que sus diferentes combinaciones tenían sobre las variables clínicas.

Resultados: Veintitrés pacientes (5,9%) presentaban valores bajos de los 3 biomarcadores. La figura 1 muestra su interrelación. Ninguna de las posibles combinaciones de biomarcadores se asoció con diferencias significativas en variables demográficas (edad, sexo, índice de masa corporal) o clínicas (test de control del asma, FEV1, exacerbaciones, uso de corticosteroides, etc.) (tabla). Sin embargo, se observó una tendencia entre los sujetos sin ningún marcador T2 alto de presentar una mayor prevalencia de ERGE, obesidad y corticodependencia que los sujetos con biomarcadores T2 alto.

Conclusiones: La distribución de biomarcadores T2 refleja la heterogeneidad de este endotipo inflamatorio, pero ninguna combinación entre ellos se asocia con características demográficas o clínicas diferenciales.

525. EFECTIVIDAD DE BENRALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA EN VIDA REAL EN UNIDADES DE ASMA GRAVE EN GALICIA

M. Mosteiro Añón¹, D. Dacal Rivas², A. Pallarés Sanmartín³, D. Corbacho Abelaira⁴, R. Ruíz Ferreras⁵, U. Calvo Álvarez⁶, C. González Fernández⁵ y R. Dacal Quintas⁵

¹Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España. ²Hospital Lucus Augusta, Lugo, España. ³Hospital Clínico Universitario de Pontevedra, Pontevedra, España. ⁴Hospital Povisa-Ribera Salud, Vigo, España. ⁵Hospital Clínico Universitario de Ourense, Ourense, España. ⁶Hospital Clínico Universitario de Ferrol, Ferrol, España.

Introducción: El objetivo de nuestro estudio es analizar el grado en que se alcanzan los objetivos terapéuticos de control del asma grave con benralizumab en pacientes adultos con asma grave en la comunidad de Galicia, en condiciones de práctica clínica habitual.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, ambispectivo, de pacientes con asma grave tratados con benralizumab (Benra) en Galicia. Evaluamos la efectividad comparando 6 meses pre-benra (pre-BR) frente a 6 meses posinicio (pos-BR) en exacerbaciones, retirada de corticoterapia mantenimiento (COSm), mejora de ACT y del FEV1.

Resultados: Han completado seguimiento de 6 meses 48 (61%) de 71 pacientes 67% mujeres, 51,4 (13) años, IMC 29,51 (6,53), poliposis 19 (39,5%); atopía 26 (54%), eosinófilos 75 (457) (r: 100-2.590); eosinófilos > 300 en 43 (89,5%); corticoterapia sistémica en 35 (72,9%). Comparando 6 meses pre-BR con 6 meses pos-BR: las exacerbaciones pasan de 3 \pm 2 a; pacientes sin exacerbaciones: 8,4% pre-BR a 75% pos-BR; se retiran COS al 60% con benra, con reducción desde 15 (8) mg a 9 (4,8) mg; FEV1 70 (15)% pre-BR mejora hasta 85 (24)%. El ACT pasa de 14 (5) a 21 (5) pos-BR, ACT > 21 en 68,7%. Todos los resultados con significación estadística. Son superrespondedores (no COS+ no exacerbaciones): 58%. A los 6 meses se retira el benralizumab a 3 pacientes.

Resultados de tratamiento con Benralizumab a 6 meses

N 48	preBR	postBR	p
ACT	14 \pm 5	21 \pm 5	0'002
ACT \geq 21	6 (12'5%)	33 (68'7%)	0'003
COSm N (%)	35 (73%)	14 (29%)	0'006
Dosis media/d (mg)	15 \pm 8	9 \pm 5	0'006
Exacerb graves /6 m	3 \pm 2	0'45 \pm 0'4	0'014
Nº pac \geq 1 exac. /6m	44 (91'6%)	12 (75%)	0'001
Hospitalización n (%)	5 (10'4%)	1 (0'02%)	0'001
FEV1 postBD (ml)	2011 \pm 707	2419 \pm 835	0'023
FEV1 postBD (%)	70 \pm 15	85 \pm 24	0'036
Superrespondedores		28 (58%)	
Retiradas : n (%)		3 (6%)	

Conclusiones: Los resultados en vida real de benralizumab son superiores a los de los ensayos, logrando la retirada de los COS en 60% de los pacientes, consiguiendo 0 exacerbaciones en 75% de los pacientes durante 6 meses y el 58% de los pacientes serán “superrespondedores”.

646. EFECTIVIDAD DE BENRALIZUMAB EN UNA UNIDAD DE ASMA GRAVE. CONTROL Y CALIDAD DE VIDA

L. Fernández Mula, R. Andújar Espinosa, S.Y. Ruiz Martínez, M. Fernández Granja, J. López Martínez, M. Garci-Valera Olea, E. Solana Martínez, M. Aparicio Vicente y B. Fernández Suárez

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

Introducción: El benralizumab es un anticuerpo monoclonal antieosinófilo, que se une con gran afinidad y especificidad a la subunidad alfa del receptor de la interleucina humana 5 (IL-5R α), disminuyendo la inflamación de causa eosinofílica. El objetivo fue demostrar el beneficio del tratamiento con benralizumab en vida real tanto en el control del asma como en la calidad de vida, en los pacientes adultos con asma alérgica grave no controlada.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional en una cohorte de 20 pacientes con asma grave alérgica de la Unidad de asma grave del servicio de Neumología del Hospital Virgen de la Arrixaca en tratamiento con benralizumab en un periodo de 12 meses. Se analizaron: el control del asma medido con el cuestionario de control del asma (ACT), con el cuestionario de Calidad de Vida en Pacientes con Asma versión reducida (mini-AQLQ), y la función pulmonar (FEV1 en mililitros y en porcentaje).

Resultados: El análisis llevado a cabo demostró que la puntuación media en el ACT previa al tratamiento fue de 9,8 (DE: 3,8) y tras 12 meses mejoró 11,5 puntos, siendo la media del ACT de 21,3 (DE 1,67 ($p < 0,001$)). El mini-AQLQ previo al inicio del biológico fue de 2,7 (DE 0,85) y mejoró dos puntos tras un año, siendo la media de 4,7 (DE 1,1), ($p < 0,001$). Por su parte, la media del FEV1 al inicio fue 1812,6 ml (DE: 679,76 ml) y 64,31% (DE: 16,9%), y mejoró en 550 ml el volumen y 17,11% el porcentaje, siendo la media al final de 2362,6 ml (DE: 784) y 81,42% (DE: 20,66%), ($p < 0,001$).

Conclusiones: El benralizumab consigue mejorar tanto el control del asma como la calidad de vida, así como la función pulmonar de forma estadísticamente significativa en vida real tras un año de seguimiento, con resultados similares e incluso superiores a los ensayos clínicos realizados hasta la fecha.

300. EFECTIVIDAD DE MEPOLIZUMAB PARA EL CONTROL DE SÍNTOMAS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ASMA GRAVE

M. Fernández Granja, R. Andújar Espinosa, S.Y. Ruiz Martínez, L. Fernández Mula, J. López Martínez, M. Aparicio Vicente, E. Solana Martínez, B. Fernández Suárez y J.A. Ros Lucas

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

Introducción: El asma grave es una enfermedad compleja que conlleva una gran repercusión clínica en los pacientes, con una importante limitación funcional y un peor impacto en la calidad de vida. Existen diferentes opciones terapéuticas para estos pacientes, pero el tratamiento con biológicos representa una de las alternativas con mayor relevancia clínica. El mepolizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado, que inhibe la bioactividad de la IL-5 reduciendo la producción y la supervivencia de los eosinófilos. El objetivo del estudio fue demostrar el beneficio del tratamiento con mepolizumab en vida real, tanto en el control del asma como en la mejora de la calidad de vida, en los pacientes adultos con asma grave eosinofílica no controlada.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional realizado en una unidad de asma grave del servicio de Neumología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Se incluyó una cohorte de 20 pacientes con asma eosinofílico refractario en tratamiento con mepolizumab durante un periodo de 12 meses. La efectividad se analizó mediante el control del asma medido con el cuestionario de control del asma (ACT), con el cuestionario de Calidad de Vida en Pacientes con Asma versión reducida (mini-AQLQ), y la función pulmonar (FEV1 en mililitros y en porcentaje).

Resultados: En el estudio realizado, la puntuación media en el ACT previa al tratamiento fue de 12,42 (DE: 3,4) y tras 12 meses mejoró 6,66 puntos, siendo la media del ACT de 19,08 (DE 3,4) ($p < 0,001$). El mini-AQLQ previo al inicio del biológico fue de 2,75 (DE 1,16) y mejoró 0,68 puntos tras un año, siendo la media de 3,44 (DE 1,21), ($p = 0,001$). Por otra parte, la media del FEV1 al inicio fue 2.480,83 ml (DE: 962,73 ml) y 81,41% (DE: 25,11%), y mejoró en 159 ml el volumen y 5,16% el porcentaje, siendo la media al final de 2.640 ml (DE: 962,7) y 86,58% (DE: 19,35%), ($p < 0,001$).

Conclusiones: Los datos de nuestro estudio demostraron que el tratamiento con mepolizumab, usado en el asma grave eosinofílica, mejora en vida real el control del asma, la calidad de vida y la función pulmonar de manera estadísticamente significativa, ratificando los resultados de eficacia de los ensayos clínicos realizados.

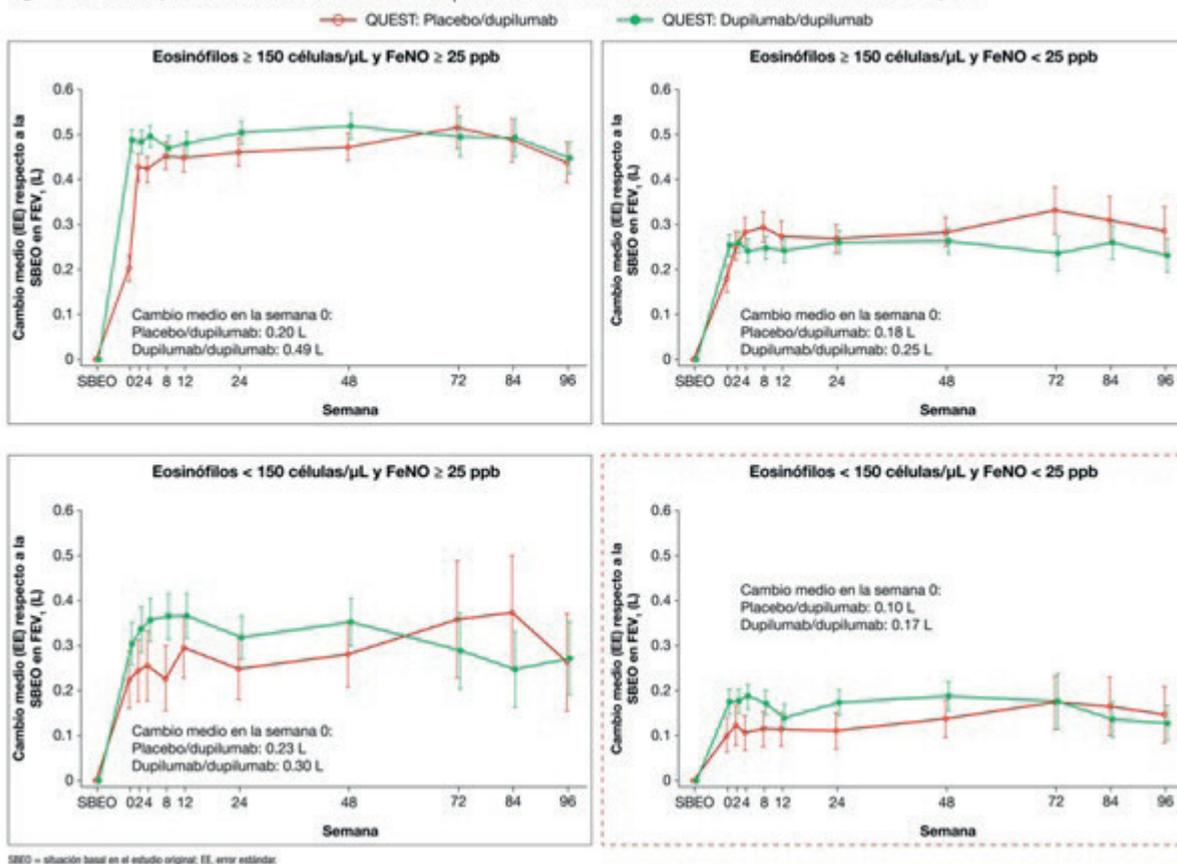
582. EFICACIA A LARGO PLAZO DE DUPILUMAB EN PACIENTES CON ASMA NO CONTROLADA DE MODERADA A GRAVE, ESTRATIFICADOS POR CUADRANTES DE BIOMARCADORES DE TIPO 2: ESTUDIO LIBERTY ASTHMA TRAVERSE

B.G. Cosío¹, C. Domingo^{2,3}, M.E. Wechsler⁴, I.D. Pavord⁵, A. Papi⁶, K.R. Chapman⁷, X. Mao⁸, X. Soler⁹, M. Djandji¹⁰, J.A. Jacob-Nara⁸, P.J. Rowe⁸, Y. Deniz⁹, E. Laws⁸, B. Akinlade⁹, D.J. Lederer⁹ y M. Hardin¹⁰

¹Department of Respiratory Medicine, Hospital Universitario Son Espases-IdISBa-CIBERES, Palma de Mallorca, España. ²Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, España. ³Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona, España. ⁴National Jewish Health, Denver, Estados Unidos. ⁵NIHR Oxford Biomedical Research Centre, University of Oxford, Oxford, Reino Unido. ⁶Respiratory Medicine Unit, University of Ferrara, S. Anna University Hospital, Ferrara, Italia. ⁷University of Toronto, Toronto, Canadá. ⁸Sanofi, Bridgewater, Estados Unidos. ⁹Regeneron Pharmaceuticals, Inc, Tarrytown, Estados Unidos. ¹⁰Sanofi, Cambridge, Estados Unidos.

Introducción: En el estudio QUEST (NCT02414854), dupilumab (DPL) redujo exacerbaciones y mejoró la función pulmonar en pacientes con asma no controlada de moderada a grave. Los efectos fueron mayores en pacientes con niveles basales elevados de biomarcadores de tipo 2 (≥ 150 eosinófilos/ μ L o FeNO ≥ 25 ppb). El estudio de extensión abierto TRAVERSE (NCT02134028) evaluó la seguridad/tolerabilidad a largo plazo de DPL en pacientes que participaron en un estudio de DPL previo. Aquí se evaluó la eficacia a largo plazo de DPL según los cuadrantes de biomarcadores de tipo 2 en pacientes de QUEST que continuaron en TRAVERSE.

Material y métodos: Pacientes de ≥ 12 años recibieron 200/300 mg de DPL (DPL/DPL) o placebo (PBO/DPL) cada 2 semanas durante QUEST, y 300 mg de DPL durante TRAVERSE. Los pacientes fueron divididos en cuadrantes según sus niveles de eosinófilos/FeNO: ≥ 150 eosinófilos/ μ L y FeNO ≥ 25 ppb; ≥ 150 eosinófilos/ μ L y FeNO < 25 ppb; < 150 eosinófilos/ μ L y FeNO ≥ 25 ppb; y < 150 eosinófilos/ μ L y FeNO < 25 ppb. Se evaluaron la tasa anualizada de exacerbaciones graves no ajustada durante TRAVERSE y el cambio respecto al nivel basal de QUEST en FEV1 prebroncodilatador. Una exacerbación se definió como un empeoramiento del asma que requiere el uso de corticosteroides

Figura. Cambio respecto al nivel basal de QUEST en FEV₁ durante TRAVERSE en los cuadrantes de biomarcadores de tipo 2.

sistémicos durante ≥ 3 días, o la hospitalización/visita a urgencias debida al asma, necesitando corticosteroides sistémicos.

Resultados: La tasa de exacerbaciones fue baja en todos los cuadrantes. Durante las semanas 0-48 de TRAVERSE, la tasa de exacerbaciones fue 0,261 (DPL/DPL) y 0,309 (PBO/DPL) en pacientes con eosinófilos elevados/FeNO elevado; 0,438 (DPL/DPL) y 0,507 (PBO/DPL) en eosinófilos elevados/FeNO bajo; 0,196 (DPL/DPL) y 0,330 (PBO/DPL) eosinófilos bajos/FeNO elevado; y 0,507 (DPL/DPL) y 0,431 (PBO/DPL) eosinófilos bajos/FeNO bajo. Se observaron resultados similares durante las semanas 48-96 de TRAVERSE. Las mejoras en FEV₁ conseguidas en QUEST se mantuvieron durante TRAVERSE en los pacientes con elevados niveles de biomarcadores de tipo 2. El subgrupo de pacientes con eosinófilos bajos/FeNO bajo demostró mejoras modestas en la función pulmonar (fig.). La seguridad en TRAVERSE fue consistente con el perfil de DPL.

Conclusiones: El tratamiento a largo plazo con DPL demostró reducciones continuadas en la tasa de exacerbaciones, y mejoras continuadas en FEV₁ en pacientes con asma no controlada de moderada a grave con niveles basales elevados de FeNO o eosinófilos en sangre durante el estudio original.

19. EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON RESLIZUMAB DEL AGNC EOSINOFÍLICA CON POLIPOSIS NASAL ASOCIADA

S. Rivera Gómez, J.G. Soto Campos, M.P. Lobato de la Sierra, S. García Morales, C. González Pérez, A. Cortés Caballero, Á. Cabeza Serrano y P. Muñoz Zara

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de La Frontera, España.

Introducción: El asma grave no controlada (AGNC) afecta en torno al 4% de los pacientes con asma, implicando un elevado consumo de

recursos. El objetivo fue conocer la eficacia real del tratamiento durante un año con reslizumab en una serie de pacientes con AGNC eosinofílica, distinguiendo aquellos que presentaban poliposis nasal.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en que se seleccionaron todos los pacientes con AGNC eosinofílica tratados con reslizumab. Como variable principal se estudió la disminución de exacerbaciones de asma tras un año de tratamiento, comparando la eficacia entre estos pacientes asmáticos con o sin rinosinusitis crónica con poliposis nasal (RSCcPN) asociada. Otras variables estudiadas fueron la mejoría de la función pulmonar, de la poliposis y el control del asma.

Resultados: Se seleccionaron un total de 21 pacientes, de los cuales 12 tenían poliposis (57,14%), estando ausente en los 9 restantes. El 90,4% de los pacientes tratados con reslizumab eran mujeres con una media de IMC de 23,4 kg/m². El 42,8% recibieron previamente omalizumab. La media de tratamiento con corticoides orales durante más de tres días, el año anterior a iniciar reslizumab, fue de 4,45, descendiendo a 0,7 a los 12 meses de comenzar la terapia. La media de eosinófilos en sangre periférica previa al tratamiento fue de 797 y de 111 tras el tratamiento, con una FENO media de 47. En relación a los datos espirométricos, la media de FEV₁ previa a la terapia fue de 1.662 ml con un FEV₁/FVC 64% y al año de tratamiento el FEV₁ fue de 2.019 ml, presentando una mejoría media del FEV₁ de 357 ml. Respecto al test de control de asma (ACT) se objetivó mejoría a los 4 meses de terapia (13,35), manteniéndose al año (22,5). Los efectos en todos estos parámetros distinguiendo entre pacientes con o sin poliposis fueron similares. La población con poliposis presentaba mayor número de eosinófilos en sangre periférica y mayor FENO. Asimismo, se alcanzó una mejoría significativa en el tamaño de los pólipos (empleándose *nasal polyp score*), así como de la valoración del paciente acerca de la mejoría en poliposis y olfato. Dos de los sujetos requirieron intervención quirúrgica en el seguimiento.

Conclusiones: El reslizumab se muestra efectivo en nuestra serie de pacientes con AGNC eosinofílica al reducir las exacerbaciones, mejo-

rar el control de la enfermedad y la función pulmonar. Además, se evidenció la utilidad de dicho tratamiento en pacientes con poliposis al lograr disminuir su tamaño y recuperar el olfato.

579. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN ASMA GRAVE NO CONTROLADA CON BRONQUIECTASIAS ASOCIADAS

C. de la Escosura Muñoz, T. Hermida Valverde, A. Fernández Fernández, L. Martínez Vega, Á. Lanza Martínez, L. Abad Chomorro, P. Álvarez Álvarez, J.F. Nieves Salceda, E. Suárez Vázquez, A.I. Enríquez Rodríguez, M. Rodríguez Pericacho y M.M. García Clemente

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Introducción: Las bronquiectasias en pacientes asmáticos implican una mayor gravedad de la enfermedad, edad más avanzada, peor función pulmonar y niveles más bajos de FeNO. Además, presentan expectoración crónica, esputo purulento, mayor tasa de agudizaciones y consumo de corticoides sistémicos. Por ello, es frecuente que sean candidatos a recibir tratamiento con anticuerpos monoclonales. Nuestro objetivo fue evaluar la respuesta a tratamiento biológico de pacientes con asma grave no controlada y bronquiectasias asociadas. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo con una cohorte de 20 pacientes con asma grave no controlada asociada a bronquiectasias, con tratamiento con fármacos biológicos y en seguimiento en consulta de asma en el Hospital Universitario Central de Asturias. De cada paciente, se recogieron datos antropométricos, datos clínicos y analíticos, tratamiento con corticoide crónico y cuestionario ACT (Asthma Control Questionnaire); así como pruebas de función pulmonar, exacerbaciones y microbiología previa y posteriormente al biológico; con un seguimiento de 1 año tras el inicio del tratamiento. El diagnóstico de bronquiectasias se realizó con TC de tórax. Se consideró paciente respondedor si presentaba una reducción de >25% en el número de agudizaciones, descenso significativo de la dosis de corticoide o una mejoría en el ACT. El análisis estadístico se efectuó con el programa Stata v15.4.2.

Resultados: De 82 pacientes en tratamiento con fármacos biológicos, se incluyeron 20 casos con bronquiectasias asociadas (80% mujeres), edad media 63 años. El 60% (12 pacientes) sufría asma grave T2 eosinofílica (media de eosinófilos de 885/ μ L), en tratamiento con mepolizumab (11 casos) o con benralizumab (1 caso) y el 40% T2 alérgica

Tabla 1.
Características clínicas y tratamiento.

Características clínicas	
Edad	63,8 \pm 12,8 (40-82 años)
Sexo	16 mujeres (80%) / 4 hombres (20%)
Tabaquismo	11 no fumadores (55%) 8 exfumadores (40%) 1 fumador activo (5%) Paquetes/año medio: 24 \pm 17.
Poliposis nasal	9 (45%)
Rinitis	5 (25%)
Atopia	3 (15%)
Intolerancia AINES	6 (30%)
ERGE	7 (35%)
Obesidad	7 (35%)
Síndrome de apnea del sueño	4 (20%)
Traqueomalacia	3 (15%)
Síndrome ansioso-depresivo	6 (30%)
Infección bronquial crónica	1 (5%)
Tratamientos	
Azitromicina	4 (20%)
Tratamiento biológico previo	5 (25%)
Tratamiento biológico actual	Omalizumab: 8 (40%) Mepolizumab: 11 (55%) Benralizumab: 1 (5%)

Tabla 2.
Parámetros antes y después del tratamiento biológico

	Antes del biológico	Después del biológico	p
Corticoides orales (mg)	11,6	1,71	0,001
Puntuación test ACT	39,9	30,4	0,004
FeNO	39,9	30,4	0,003
FEV1 (ml)	1590	1920	0,589
FEV1 (%)	73,7	82,8	0,102
Utilización de SABA diario n (%)	13 (65%)	2 (10%)	0,270
Agudizaciones/año	5	0,8	0,000
Aislamientos microbiológicos n (%)	11 (55%)	3 (15%)	0,089

(valor medio de IgE de 618 kU/L) en tratamiento con omalizumab (8 casos). La tasa anual de exacerbaciones disminuyó de 5 (3,8) a 0,80 (1,2) ($p < 0,000$). La necesidad de corticoides orales disminuyó del 35% al 20%, con una reducción de dosis de 11,6 (5,7) mg a 1,7 (2,14) mg ($p = 0,001$). El FEV1 aumentó del 73,7% (22,5) al 82,8% (26,3) ($p = 0,102$). Se consideraron respondedores el 85% de los pacientes. No se detectaron eventos adversos graves en el período de estudio.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el tratamiento biológico en pacientes con asma grave no controlado asociado a bronquiectasias ha demostrado una reducción significativa de las exacerbaciones y de la dosis diaria de corticoides, con mejoría en el control de los síntomas y la función pulmonar.

634. EL BENRALIZUMAB EN ASMA GRAVE MAL CONTROLADO

C. Ojeda Suárez¹, M. Évora García¹, H. Izaguirre Flores², B. Román Bernal³, E. Martín Ruiz de la Rosa⁴, I. de Lorenzo⁴, L. Suárez Valdivia⁵, A. Juanes Olite⁶ y C. Cabrera López¹

¹Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España. ²Complejo Hospitalario

Universitario de Canarias, Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, España.

³Hospital Doctor José Molina Orosa, Lanzarote, Arrecife, España.

⁴Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, España. ⁵Hospital General Virgen de la Peña,

Fuerteventura, Puerto del Rosario, España. ⁶Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Introducción: El asma es una enfermedad muy prevalente en la población canaria. Entre el 5-7% de los pacientes asmáticos presenta asma grave no controlado subsidiario de tratamiento con biológicos.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con asma mal controlado según los criterios de la GEMA 5,1, que inician tratamiento con benralizumab (Ac monoclonal antirreceptor de IL-5). Se analizan la tasa de exacerbaciones y el control clínico durante el primer año de tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes procedentes de diferentes hospitales canarios. El 72,3% eran mujeres. El 70,2% nunca habían fumado mientras que el 4,3% presentaban tabaquismo activo. Se comparó el total de exacerbaciones el año anterior al inicio de benralizumab, frente a la tasa a los 3 y a los 12 meses tras el tratamiento. A los 3 meses los pacientes presentaron una disminución en la media de exacerbaciones de 2,6 (IC95% [1,41;3,79]) a 0,9 (IC95% [0,03;1,77]) ($p = 0,02$), consolidándose la tendencia a los 12 meses con una disminución en la media a 0,5 (IC95% [0,12;0,88]) ($p = 0,009$). En el uso de los esteroides orales, se observó una disminución del 63,8% de uso el año anterior a la introducción del benralizumab, a un 25,7% a los 3 meses ($p = 0,002$) y a los 12 meses a un 19,2% ($p = 0,01$). Finalmente, se obtuvieron diferencias significativas respecto a la puntuación del ACT con al año, pasando de una media de 14,12 (IC95% [8,69;19,55]) a 20,37 (IC95% [16,16;24,58]) tras 12 meses de tratamiento ($p = 0,01$).

Conclusiones: El tratamiento con benralizumab supone una reducción significativa de las exacerbaciones y de la toma de esteroides orales a un año. Además, mejora el control del asma en aquellos pa-

cientes mal controlados a pesar de tratamiento óptimo. Los efectos se observan de forma temprana, en los primeros 3 meses, tras el inicio del fármaco.

103. EL CONFINAMIENTO EN EL CONTROL DEL ASMA INFANTIL

L. Esteban Repiso¹, X. Pujol Llatse², H. Gutiérrez Pablo¹ y M. San Miguel Pagola¹

¹Universidad San Jorge, Zaragoza, España. ²Escuelas Universitarias Gimbernat y Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Introducción: El asma crónica es la enfermedad que más frecuentemente se diagnostica en la infancia. En el inicio de la pandemia por COVID-19 se impuso un confinamiento estricto, que pudo afectar especialmente a la infancia con asma por posibles cambios en la actividad física, el nivel socioeconómico familiar, el estrés psicosocial o la exposición a alérgenos.

Objetivos: Evaluar el control del asma infantil en el confinamiento, y sus relaciones con calidad de vida, severidad de la enfermedad, frecuencia de crisis y toma de medicación de rescate.

Material y métodos: Estudio observacional transversal mediante encuesta online dirigida a familias con niños y niñas con asma (8-11 años) residentes en España. Se registró el nivel de control del asma (Children's Asthma Control Test - cACT), la calidad de vida (Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire - PAQLQ), variables socioclinicas y preguntas abiertas sobre la percepción de cambio generado por el confinamiento.

Resultados: Se incluyeron 3 niños y 3 niñas de 10,16 ($\pm 0,41$) años de las provincias de Zaragoza (33,3%), Madrid (33,3%), Barcelona (16,7%) y Murcia (16,7%), con asma episódica ocasional (33,3%), asma persistente moderada (50%) o asma grave (16,7%). El 83,33% mostró un buen control del asma, con una media de 21,67 ($\pm 3,39$) en el cACT. La media de la calidad de vida fue de 5,89 ($\pm 0,83$) en el PAQLQ. Ninguna familia consideró que la pandemia hubiera cambiado el control del asma ni la calidad de vida. El coeficiente de correlación de Spearman no mostró relación entre el resultado en el cACT y el del PAQLQ ($p = 0,321$). Según el test de Kruskal Wallis, el control del asma no cambió según la gravedad ($p = 0,137$). Utilizando pruebas de chi-cuadrado, no se observaron cambios significativos en la aparición de crisis asmáticas durante el confinamiento y en el mismo periodo del año anterior ($p = 0,301$), y durante el confinamiento e inmediatamente después ($p = 0,705$), si bien el 83,3% de los participantes necesitó menos medicación de lo habitual. La prueba U de Mann-Whitney evidenció que la disminución de la medicación de rescate no se relacionaba con el control del asma ($p = 0,667$).

Conclusiones: El confinamiento durante marzo-mayo de 2020 parece no haber tenido influencia en el control de la enfermedad del asma infantil en la muestra estudiada, si bien esta es escasa.

176. EL EFECTO AHORRADOR DE GLUCOCORTICOIDES ORALES DE MEPOLIZUMAB Y BENRALIZUMAB EN ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE

S. Rojo Tolosa¹, C. Pérez Ramírez², M.V. González Gutiérrez¹, J.A. Sánchez Martínez¹, G. Jiménez Gálvez¹, C. Morales García¹ y A. Jiménez Morales¹

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España. ²Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Introducción: El asma es una enfermedad que afecta a 235 millones de personas en todo el mundo. De acuerdo con la GEMA 5.0, el asma eosinofílica supone más del 25% de los casos de asma grave, con un elevado consumo de corticoides sistémicos (ICS) que pueden provo-

car efectos adversos graves y, a menudo, irreversibles. Además de un elevado coste de atención médica. Las terapias biológicas ofrecen una estrategia eficaz para la mejora del control del asma, así como la reducción de glucocorticoides orales (OCS). Con este estudio presentamos datos de vida real sobre el impacto de la terapia biológica en la reducción del uso de OCS.

Material y métodos: Estudio de cohortes observacional-retrospectivo que incluyó 106 pacientes de un hospital de tercer nivel tratados con mepolizumab y benralizumab. Los registros de pacientes y variables clínicas se obtuvieron de los *software* Athos Pharma y Diraya, respectivamente. La variable principal se recogió acorde a las dosis de OCS recibidas por el paciente el año previo a comenzar con la terapia biológica y transcurrido un año desde su inicio. Las variables restantes estudiadas fueron la tasa anual de exacerbaciones, el control de asma y la seguridad.

Resultados: De los 106 pacientes seleccionados, 63 recibieron tratamiento con mepolizumab y 43 con benralizumab. De forma previa a la terapia biológica un 79% (50/63) de pacientes de mepolizumab y un 88% (38/43) de benralizumab habían recibido OCS. Esta cifra se redujo un 38% y 45% respectivamente tras el primer año de tratamiento. El grupo de pacientes presentó un riesgo 5,08 (IC95% 2,69-9,57) veces mayor de recibir OCS en el año previo al tratamiento biológico que tras un año de su administración. La probabilidad de reducción de dosis de OCS fue 1,92 (IC95%) veces mayor en el grupo de mepolizumab que en el grupo de benralizumab respecto al estado previo sin tratamiento. Completado el primer año de terapia biológica la tasa anual de exacerbaciones se redujo un 83% en mepolizumab y un 74% en benralizumab y se observó un incremento de 7,6 puntos en mepolizumab y 9,4 puntos en benralizumab asociado a la mejora del control de asma, medida con el Asthma Control Test (en ambos casos ACT > 20: mejora del control notable). El perfil de seguridad fue similar con ambas terapias remarcando la ausencia de eventos adversos de interés.

Conclusiones: Este estudio respalda el efecto ahorrador de OCS de las terapias biológicas (anti IL-5 y IL-5R) en pacientes con AE, asociado a mejoras del control de asma y, por consiguiente, de la calidad de vida.

295. ESTIMACIÓN DE UTILIDADES EN ASMÁTICOS GRAVES TRAS RECIBIR TRATAMIENTO CON BENRALIZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

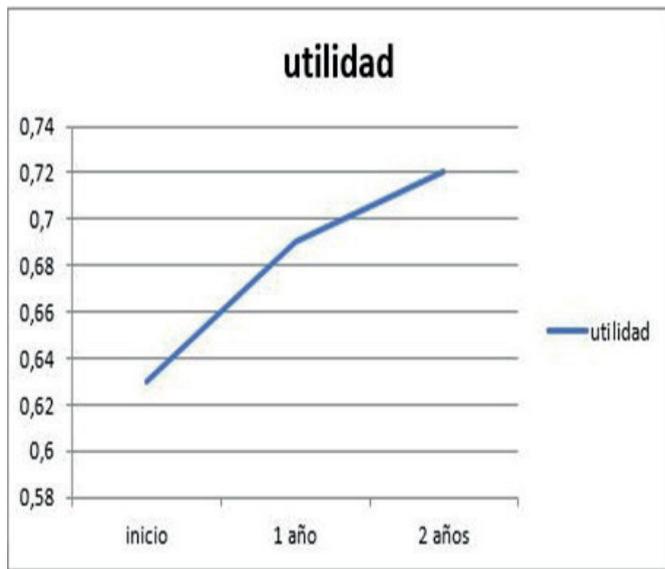
L. Dahmazi, E. Ballesteros Vázquez, A. Sánchez Vera, M. Acosta Dávila, E. Lillo González y E. Martínez Moragón

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

Introducción: Cualquier estado de salud se puede expresar como una combinación de calidad de vida y cantidad de vida. La utilidad permite evaluar el estado de salud mediante una escala simplificada que varía entre 0 (muerte) y 1 (salud perfecta).

Material y métodos: El objetivo de este estudio es evaluar la medida de utilidad en pacientes con asma grave no controlada (AGNC) a los que se añade benralizumab al tratamiento en situación de práctica clínica habitual y analizar sus cambios anuales. La utilidad se ha estimado con el cuestionario genérico EQ-5D. Estudio observacional realizado en un único centro hospitalario.

Resultados: Se han incluido 32 pacientes con AGNC en los que se ha estimado la utilidad al inicio ($0,63 \pm 0,15$) y un año después del tratamiento con benralizumab ($0,69 \pm 0,12$). En 27 de estos pacientes se ha podido estimar también la utilidad a los 2 años ($0,72 \pm 0,11$). La diferencia media en utilidad fue de 0,06 al primer año y de 0,09 al segundo (fig.). Con respecto a la escala EVAS que también recoge el cuestionario EQ-5D y evalúa entre 0 y 100 el estado de salud de hoy, al inicio del tratamiento fue de 50 ± 19 , subiendo a 70 ± 17 en la evaluación al año y manteniéndose sin cambios en el segundo año (69 ± 21).



Conclusiones: En nuestra práctica clínica habitual apreciamos diferencias en la utilidad media (antes y después de añadir benralizumab) que van aumentando con la prolongación en el tiempo del tratamiento.

613. ESTUDIO ATLAS ASMA: IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN ADULTOS CON ASMA DE MODERADA A GRAVE EN ESPAÑA

M. Blanco Aparicio¹, V. Plaza Moral^{2,3}, J. Domínguez Ortega^{4,5,6}, A. Nieto García⁷, J. Molina París⁸, J. Ancochea Bermúdez⁹, A. Gil de Miguel¹⁰, J. Oliva Moreno¹¹, J. Delgado Romero¹² y M. Sarasa Nacenta¹³

¹Complejo Hospitalario Universitario, A Coruña, España. ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ³Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau, Barcelona, España. ⁴Hospital La Paz, Madrid, España. ⁵Institute for Health Research (IdiPAZ), Madrid, España. ⁶CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ⁷Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, España. ⁸Centro de Salud Francia I, Fuenlabrada, Madrid, España. ⁹Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España. ¹⁰Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España. ¹¹Universidad de Castilla-La Mancha, Ciudad Real, España. ¹²Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España. ¹³Novartis Farmacéutica, Barcelona, España.

Introducción: El asma es una enfermedad crónica inflamatoria del tracto respiratorio. En España afecta alrededor del 5% de la población total. El objetivo principal del estudio ATLAS ASMA fue describir el impacto psicosocial del asma en la vida diaria desde la perspectiva del paciente.

Material y métodos: Estudio observacional transversal basado en una encuesta online dirigida a pacientes adultos con asma en España entre enero-julio de 2021. Los objetivos del estudio fueron evaluados con cuestionarios/escalas validadas y una encuesta ad-hoc creada y avalada por expertos en asma con experiencia en diseño de encuestas. La variable principal fue el impacto psicosocial del asma en la vida diaria del paciente. Se realizó un análisis descriptivo de los datos recogidos.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 132 pacientes adultos con asma, el 59,1% con asma de moderada a grave. La edad media (DE) en adultos con asma de moderada a grave fue 45,7 (12,6) años, siendo la mayoría mujeres (74,4%), con estudios universitarios (69,2%) y viviendo en pareja (72,9%) (tabla). El tiempo medio (DE) desde el diagnóstico fue 18,9 (14,8) años y desde el inicio de los síntomas al diagnóstico 2,9 (4,8) años. El 42,5% de adultos con asma de moderada a grave

Tabla. Características basales de los pacientes adultos con asma de moderada a grave incluidos en el estudio

Categoría	Pacientes adultos con asma de moderada a grave N=78
Edad (años), media (DE)	45,7 (12,6)
Mujeres, n (%)	58 (74,4%)
Nivel de estudios	
Sin estudios, n (%)	1 (1,3%)
Educación primaria, n (%)	4 (5,1%)
Educación secundaria, n (%)	7 (9,0%)
Formación profesional, n (%)	12 (15,4%)
Estudios universitarios, n (%)	54 (69,2%)
Convivencia compartida	
Con pareja, n (%)	51 (72,9%)
Con hijos/as, n (%)	36 (51,4%)
Con cuidador formal, n (%)	0 (0,0%)
Otros, n (%)	12 (17,1%)
Paciente/persona cercana afectada por el COVID-19, n (%)	17 (29,3%)
Hábito tabáquico	
Fumador, n (%)	4 (6,9%)
No fumador, n (%)	36 (62,1%)
Exfumador, n (%)	12 (20,7%)
A causa del asma, n (%)	8 (66,7%)
Por otra causa, n (%)	4 (33,3%)
Fumador pasivo, n (%)	6 (10,3%)

DE: desviación estándar.

no tenían expectativas del tratamiento por falta de información y solo el 60,0% se mostraron satisfechos con el tratamiento recibido. El 70,7% de adultos con asma de moderada a grave no estaban controlados (puntuación ACT \leq 19). El 30,8% declaró haber interrumpido el tratamiento en algún momento durante el último mes, siendo los motivos principales el olvido (68,8%) y la sensación de encontrarse mejor y no necesitarlo (18,8%). Sobre los aspectos afectados por el asma, las actividades de ocio (71,7%) y la cantidad y calidad del sueño (56,5%) fueron las más mencionadas por los adultos con asma de moderada a grave. En cuanto al impacto psicológico el 60,5% indicó impotencia por no poder hacer las cosas que le gustaban, el 48,8% cambios en el estado de ánimo a causa del asma y el 46,5% nerviosismo/ansiedad. Sobre la calidad de vida los pacientes adultos con asma leve obtuvieron mayor puntuación media (DE) en el cuestionario Mini-AQLQ que los adultos con asma de moderada a grave [5,6 (1,0) vs. 4,3 (1,1)].

Conclusiones: El estudio muestra el impacto del asma desde la perspectiva del paciente en la calidad de vida, el bajo control de la enfermedad en pacientes moderados-graves así como la afectación psicosocial y emocional derivada del asma.

530. ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE RESPUESTA A FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN EL ASMA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROL (AGDC) EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ

J. Lancha Domínguez, J. Romero López, C. Romero Sayago, M.A. Díaz Santos, C. Puchas Manchón y A. Pereira Vega

Servicio de Neumología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

Introducción: Desde 2006 disponemos de los tratamientos biológicos para pacientes con asma grave de difícil control (AGDC), con un be-

	Exacerbaciones	ACT (Asthma Control Test)	FEV ₁ (volumen espirado forzado en el primer segundo)	Corticoides sistémicos (CS)
No respuesta	Igual o aumento	Aumento < 3 puntos	Aumento < 10% y 100 ml	Disminución < 50%
Respuesta parcial	Reducción < 50% ^a 2 exacerbaciones graves en 12 meses	Aumento < 3 puntos Total < 20	Aumento > 10% y 100 ml FEV ₁ < 80%	Disminución de dosis > 50%, sin retirada completa.
Respuesta completa	Sin exacerbaciones en 12 meses	Total ^a 20	FEV ₁ ^a 80%	Retirada CS

Sugerencias para la evaluación de la respuesta a anticuerpos monoclonales.

neficio clínico evidente. El anti IgE, omalizumab (O), se empezó a prescribir en nuestro hospital en 2007 y posteriormente los anti IL5, mepolizumab (M) en 2010 y más recientemente benralizumab (B) en 2018.

Objetivos: Analizar la eficacia del tratamiento biológico en la cohorte de pacientes con AGDC del hospital Juan Ramón Jiménez (HJRJ) de Huelva desde 2007-2021.

Material y métodos: Hemos revisado en nuestra base de datos de AGDC los pacientes que en alguna ocasión han recibido terapias biológicas para el asma desde 2007 hasta la actualidad. Hemos valorado la eficacia a los 6 meses según 4 criterios: exacerbaciones, test de control del asma (ACT), valor de FEV1 y reducción de corticoides orales (CO). Se ha determinado la respuesta completa (RC), respuesta parcial (RP) o ausencia de respuesta (AR) para cada biológico. Para valorar la eficacia se exigía que se cumplieran todos los requisitos de la tabla para cada supuesto.

Resultados: Desde 2007 hasta 2021 han iniciado terapia biológica para el AGDC en el HJRJ 236 pacientes, de los cuales se han seleccionado con criterios estrictos 114 (66 O, 20 M y 28 B). Actualmente tenemos en activo 21 O, 16 M y 24 B. Hemos observado una RC con respecto a las exacerbaciones en el 87,2% del O, 94,7% del M y 100% del B. En el ACT 45,2% en O; 42,1% en M; y 60% en B. En FEV1 26,9% en O; 78,6% en M; 53,8% en B. En reducción de corticoides sistémicos 45,7% con O; 33,3% M; 70,6% con B. La RP frente a la AR en exacerbaciones fue en O del 5,1% frente al 7,7%, de M 0% frente al 5,3% y de B 0% en ambos. Respecto al ACT, tanto la RP como AR fueron de 54,8% en O; 57,9% en M; 40% en B. En el FEV1, hemos obtenido una RP del 7,69 vs. 65,41% de AR con O; con M 0% vs. 21,4% y con B 15,4% vs. 30,8%. La reducción de CO tuvo una RP en el 20% de O frente al 34,3% AR, en M 27,8% frente 38,9% y B 17,6% frente al 11,8%.

Conclusiones: Los tratamientos biológicos son eficaces en el AGDC. La respuesta completa global en nuestra cohorte ha sido del 26,9% en pacientes con omalizumab, 33,3% con mepolizumab y 53,8% con benralizumab. La menor eficacia de omalizumab esté probablemente en relación con una prescripción inicial del mismo sin tener en cuenta el fenotipo del paciente.

494. ESTUDIO DE LOS LINFOCITOS T CD4 FOLICULARES TIPO TFH1, TFH2 Y TFH17.1 EN PACIENTES CON ASMA, EPOC Y SU SOLAPAMIENTO

A. Iglesias Coma^{1,2}, V. Cunill Monjo^{2,3}, V. Andreu Matillas², M. Berman Riu², M.A. Estévez Montero^{2,3}, J. Sauleda Roig^{1,2,4,5}, J. Verdú Rivera^{2,5}, J.M. Ferrer Balaguer^{1,2,3,4}, J. Pons de Ves^{1,2,3} y B.G. Cosío Piqueras^{1,2,6,5}

¹CIBERES, Madrid, España. ²Instituto de Investigación Sanitaria Illes Balears (IdISBa), Palma, Mallorca, España. ³Servicio de Inmunología, Hospital Universitario Son Espases, Palma, Mallorca, España. ⁴Facultad

de Medicina, Universidad de las Islas Baleares (UIB), Palma, Mallorca, España. ⁵Servicio de Neumología, Hospital Universitario Son Espases, Palma, Mallorca, España. ⁶Facultad de Medicina, Universidad de las Islas Baleares (UIB), Palma, Mallorca, España.

Introducción: El asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son enfermedades inflamatorias crónicas caracterizadas por la presencia de subpoblaciones de linfocitos T CD4 colaboradores o helper (Th)2 y Th17 respectivamente. Los linfocitos T CD4 foliculares (Tfh) representan una subpoblación de linfocitos Th necesaria para la maduración de las células B y la producción de inmunoglobulinas. Al igual que las subpoblaciones de linfocitos Th, se clasifican en Tfh1, Tfh2 y Tfh17 capaces de producir IFN- γ , IL-4/IL-13 e IL-17, respectivamente. Estudios recientes han demostrado un aumento de la subpoblación Tfh2 y una disminución de la Tfh1 en pacientes con asma y rinitis alérgica.

Material y métodos: Analizamos, mediante citometría de flujo, las subpoblaciones de linfocitos Tfh (CD4+CD45RA- CXCR5+) en 28 pacientes con asma, 24 pacientes con EPOC y 13 individuos control. La distribución de linfocitos Tfh fue evaluada atendiendo a la expresión de los marcadores CXCR3 y CCR6: Tfh1 (CXCR3+CCR6-), Tfh2 (CXCR3-CCR6-), Tfh17 (CXCR3- CCR6+) y Tfh17.1 (CXCR3+ CCR6+) (fig. 1). Los resultados, expresados como media \pm desviación estándar, se analizaron utilizando pruebas paramétricas (t-test, ANOVA) o no paramétricas (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis).

Resultados: En el grupo de pacientes con asma, observamos un mayor porcentaje de población Tfh2 al compararlo con el grupo de pacientes con EPOC (50,1% \pm 10,5 vs. 42,4% \pm 10,0; p < 0,05) y un menor porcentaje de población Tfh17 al compararla con el grupo de individuos control (20,4% \pm 7,8 vs. 29,7% \pm 6,0 p < 0,05). Por otra parte, observamos un mayor porcentaje de la subpoblación Tfh17.1 en los pacientes con EPOC al compararlos con pacientes con asma (8,6 \pm 3,5 vs. 5,7 \pm 2,8, p < 0,01) y con el grupo control (8,6 \pm 3,5 vs. 5,4 \pm 1,7, p < 0,05). No observamos diferencias entre los 3 grupos al evaluar la subpoblación Tfh1. Al comparar los pacientes con solapamiento asma-EPOC (ACO) (n = 7), inicialmente incluidos en el grupo de pacientes con asma, con los pacientes con asma, observamos un incremento de las subpoblaciones Tfh17 y Tfh17.1 en el primer grupo (27,8% \pm 2,9 vs. 20,4% \pm 7,8, p < 0,01 y 7,3% \pm 2,2 vs. 5,0% \pm 2,9, p < 0,05 respectivamente) (fig. 2).

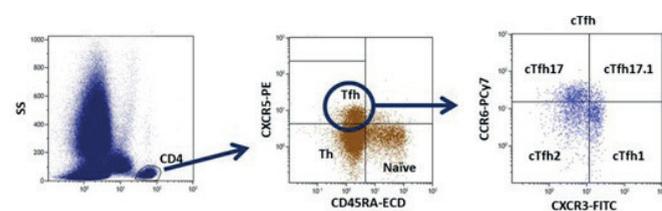


Figura 1.

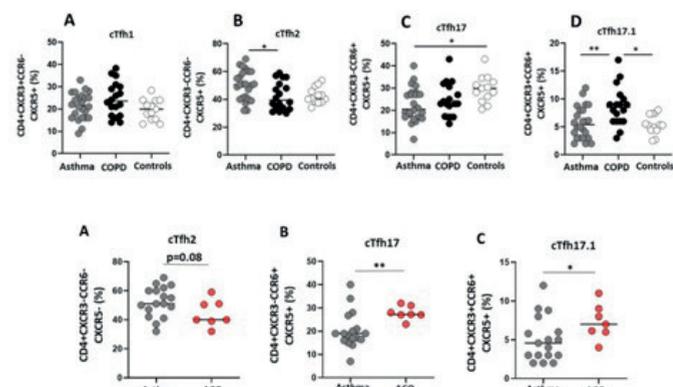


Figura 2.

Conclusiones: El estudio de las subpoblaciones de linfocitos Tfh podría ser útil en la caracterización de pacientes con asma, EPOC y solapamiento asma-EPOC así como en la identificación de posibles dianas terapéuticas.

194. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE COHORTE DE PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ASMA BRONQUIAL E INFECCIÓN POR SARS-COV-2 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ, MADRID

P.K.E. Freund¹, R.A. Camperos Moreno¹, J. Pavón Guede¹, I. de Agrela Mendes², K. Pose Silveira², I. Fernández-Concha Llona², R. Álvarez-Sala Walther¹, D. Laorden Escudero¹, C.J. Carpio Segura¹, D. Romero Ribate¹, J. Domínguez Ortega² e I. Losantos García³

¹Neumología, Hospital La Paz, Madrid, España. ²Alergología, Hospital La Paz, Madrid, España. ³Estadística, Hospital La Paz, Madrid, España.

Introducción: La COVID-19 ha afectado a la población mundial, causando millones de muertes. Se han descrito factores de riesgo que aumentan la morbimortalidad como la edad avanzada, obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus y patologías respiratorias, por lo que se podría considerar el asma como factor de riesgo para desarrollar COVID-19 grave o episodios de exacerbación. Sin embargo, la mayor parte de la evidencia muestra que el asma y la eosinofilia actúan como factores protectores frente a la COVID-19.

Objetivos: Describir las características de pacientes asmáticos que padecieron COVID-19 en el Hospital Universitario La Paz.

Material y métodos: Recogimos los datos de forma manual a través de registros de la historia clínica electrónica (DXC-HCIS), fue llevado a cabo por un equipo de médicos voluntarios del HULP. Los datos demográficos estudiados fueron sexo, edad y comorbilidades, se clasificaron a los pacientes de acuerdo a si padecían asma T2 o no, tratamiento previo, controles de asma pre-COVID, test de control de asma, exacerbaciones, eosinofilia e inmunoglobulina E (IgE). Se incluyeron hallazgos clínicos en la presentación de la COVID-19, tratamiento recibido, presencia de neumonía, complicaciones y mortalidad.

Resultados: De los 173 pacientes, la edad promedio fue de 55 años, el 67% mujeres, el 22% fumadores y el 17,3% obesos. El 67% sufrían asma tipo 2 con control el año previo (la mediana de ACT fue de 25 con una mediana de exacerbaciones de 0). La media de eosinofilia previa de 165 cel/μL e IgE 68 kU/L. El 54% estaban tratados con SABA, 13% con ICS y ICS + LABA el 67%. El 14% eran tratados con antimuscarínicos de larga duración y 4% tratados con corticoides orales, dos pacientes tenían tratamiento con omalizumab. El 60% sufrieron neumonía, el 60% requirieron ingreso hospitalario y el 5% ingreso en la UCI. El 11% de los pacientes asmáticos fallecieron. El 75% presentaron disnea, 80% tos, 26% dolor torácico, 24% expectoración, 11% sibilancias, 13% anosmia y 15% ageusia, solo el 4% presentaron TEP. El 8% tratados con lopinavir/ritonavir, 45% azitromicina, 75% HCQ, 15% corticoides orales, 5% tocilizumab y 2% remdesivir.

Conclusiones: El 67% de los pacientes asmáticos con COVID-19 en el HULP padecían asma tipo 2 bien controlado, 60% presentaron neumonía y requirieron ingreso hospitalario, 80% presentaron tos, 75% disnea y 11% sibilancias. La mortalidad fue del 11%.

13. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y AHORRO DE COSTES DE MEPOLIZUMAB EN EL ASMA EOSINOFÍLICO GRAVE NO CONTROLADO

I. Boira Enrique, E. Chiner Vives, A. Barrios Fernández, E. Pastor Esplá, A. Torba Kordyukova, V. Esteban Ronda, S. Vañes Baños, C. Celis Pereira, C. Castelló Faus, M.Á. Bernabeu Martínez, M.T. Aznar Saliente y J.N. Sancho Chust

Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante, España.

Introducción: El mepolizumab se ha mostrado efectivo en el tratamiento del asma eosinofílico grave no controlado (AEGNC). La valoración de los costes directos permite evaluar el ahorro para el sistema sanitario.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con AEGNC que iniciaron terapia con mepolizumab. Se analizó función pulmonar, eosinofilia, IgE, comorbilidad y cambios en cuestionarios ACT, ACQ, escala analógica visual (VAS), disminución, retirada de esteroides y de otra medicación, ingresos hospitalarios y visitas a urgencias respecto al año anterior. Se realizó un estudio analítico de los costes directos derivados de la estancia hospitalaria, visitas a urgencias, visitas no programadas y de la medicación (ICS/LABA, LAMA, antileucotrienos, SABA, xantinas y esteroides).

Resultados: De los 51 pacientes, se analizaron 46 (se retiraron 5 por ineffectividad o efectos adversos), 72% mujeres, 57 ± 13 años, FEV1% 76 ± 22%, IMC 26,2 ± 4 kg/m², seguimiento 800 ± 248 días, IgE 288 ± 382 UI/mL (6-2.120), 773 ± 904 eosinófilos. Habían seguido previamente omalizumab 33 (64%). Comorbilidad (una o más patologías): rinitis 86%, poliposis nasal 65%, ARES 43%, dermatitis atópica 35%, alergia alimentaria 25%, obesidad 18%, bronquiectasias 9%, aspergilosis broncopulmonar alérgica 6%, SAHS 3%, cardiopatía isquémica 3% y anosmia/hiposmia 69%. Recibían habitualmente uno o más: dosis altas de ICS/LABA 100%, montelukast 45%, LAMA 39%, antihistamínicos 18%, xantinas 4%, esteroides orales en 37%. Habían ingresado en el último año el 22% y 58% había acudido a urgencias (suma: 3,3 ± 5 atenciones). Comparando basal y tras tratamiento, se observaron diferencias en VAS (7,5 ± 1 vs. 3 ± 1, p < 0,001), ACT (13 ± 1 vs. 22 ± 1, p < 0,001) y ACQ (4 ± 0,4 vs. 1,2 ± 0,3, p < 0,001), FEV1% (76 ± 22 vs. 82 ± 23, p < 0,001). Se redujeron las atenciones (3,3 ± 5 vs. 0,3 ± 1, p < 0,001), visitas a urgencias (2,6 ± 4 vs. 0,2 ± 0,6, p < 0,001) e ingresos (1 ± 2 vs. 0,1 ± 0,5, p < 0,05). De los 19 pacientes con esteroides orales se retiraron en 14 y redujeron en 5. La medicación de mantenimiento y rescate se redujo significativamente (p < 0,001). Los costes sanitarios se redujeron de 2120 a 297 euros (p < 0,001) y de medicación de 906 a 436 (p < 0,001), con un ahorro medio anual de 1.824 euros por costes directos sanitarios y de 470 por medicación (total = 2.294 euros por paciente).

Conclusiones: El mepolizumab mejoró el control del asma y la función pulmonar en pacientes con AEGNC, disminuyendo la necesidad de esteroides orales, medicación de mantenimiento y rescate, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios, con un ahorro considerable de costes.

318. EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD ASMÁTICA COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA COVID-19 EN EL ÁREA SANITARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

D. Laorden Escudero, C. Carpio Segura, J. Domínguez-Ortega, M. Jiménez González, E. Zamarrón de Lucas, D. Romero Ribate, P. Mariscal Aguilar, A. Manuel Borobia Pérez, J.J. Ríos Blanco, C. Prados Sánchez, V. Rey Mauleón, E. Villamañán Bueno, S. Quirce Gancedo, F. Arnalich Fernández y R. Álvarez-Sala Walther

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción: El asma afecta al 3% de la población mundial. Por otra parte, la COVID-19 ha provocado una importante morbimortalidad. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar si la enfermedad asmática es un factor de riesgo en la enfermedad COVID-19.

Material y métodos: Estudio observacional tipo cohorte retrospectiva controlado. Se identificaron en la base de datos COVID@HULP aquellos pacientes con antecedente diagnóstico de asma. El grupo control se seleccionó con el método 'propensity score matching' ajustado por edad, sexo y gravedad de la COVID-19. En total se incluyeron 195 pacientes con asma (grupo 1) y 195 controles (grupo 2). Se incluyeron variables demográficas, comorbilidades, complicaciones de la COVID-19 y número de eosinófilos categorizado según mayor o me-

Tabla 1 Análisis de comparación de pacientes asmáticos/no asmáticos (Grupo 1: asmáticos, grupo 0: no asmáticos)

	level	0	1	p	test
n		195	195		
sexo (%)	1	60 (30.8)	60 (30.8)	1.000	
	2	135 (69.2)	135 (69.2)		
edad (median [IQR])		54.00 [41.00, 68.00]	54.00 [41.00, 68.00]	1.000	nonnom
enf_cardiaca_cronicas (%)	0	173 (88.7)	169 (88.0)	0.956	
	1	22 (11.3)	23 (12.0)		
hipertension (%)	0	126 (64.6)	139 (71.6)	0.168	
	1	69 (35.4)	55 (28.4)		
enf_pulmonar_cronica (%)	0	184 (94.4)	174 (89.2)	0.097	
	1	11 (5.6)	21 (10.8)		
	1	40 (20.6)	72 (38.1)		
diabetes (%)	0	174 (89.2)	164 (84.1)	0.180	
	1	21 (10.8)	31 (15.9)		
fumador (%)	0	176 (94.6)	174 (91.1)	0.260	
	1	10 (5.4)	17 (8.9)		
charlson_comorbidity_index (median [IQR])		1.00 [0.00, 3.00]	1.00 [0.00, 3.00]	0.760	nonnom
fiebre (%)	0	41 (21.1)	54 (28.0)	0.148	
	1	153 (78.9)	139 (72.0)		
cefalea (%)	0	155 (80.3)	135 (70.3)	0.031	
	1	38 (19.7)	57 (29.7)		
malestar_general (%)	0	106 (54.6)	106 (55.2)	0.992	
	1	88 (45.4)	86 (44.8)		
dolor_toracico (%)	0	170 (88.1)	166 (86.5)	0.745	
	1	23 (11.9)	26 (13.5)		
disnea (%)	0	85 (44.0)	71 (36.8)	0.178	
	1	108 (56.0)	122 (63.2)		
sdra (%)	0	191 (98.5)	182 (96.3)	0.316	
	1	3 (1.5)	7 (3.7)		
neumotorax (%)	0	194 (100.0)	187 (98.9)	0.467	
	1	0 (0.0)	2 (1.1)		
necesidad_oxigenoterapia (%)	0	67 (34.5)	94 (50.5)	0.002	
	1	127 (65.5)	92 (49.5)		
necesidad_ingreso_uci (%)	0	187 (96.9)	176 (95.7)	0.716	
	1	6 (3.1)	8 (4.3)		
enfermedad_no_complicada (%)	0	154 (79.4)	117 (61.9)	<0.001	
	1	40 (20.6)	72 (38.1)		
neumonia_leve (%)	0	86 (44.3)	117 (62.2)	0.001	
	1	108 (55.7)	71 (37.8)		
neumonia_grave (%)	0	142 (73.2)	143 (76.9)	0.477	

nor/igual a 100 células/microlitro. La base COVID@HULP incluye a 3.934 pacientes de la primera ola y 375 mediciones.

Resultados: En cada grupo se incluyeron 135 mujeres y la mediana de edad [rango intercuartílico] fue 54 [41-68] años. No se observaron diferencias entre ambos grupos con respecto a comorbilidades ni síntomas de la COVID-19. En el grupo 1 se observó una mayor prevalencia de enfermedad no complicada ($p < 0,001$) con respecto al grupo 2. Por otra parte, tras categorizar al grupo 1 según la presencia de EPOC, uso crónico de corticoides orales o número de eosinófilos en sangre, no se evidenciaron diferencias con respecto a las complicaciones de la COVID-19 (tablas).

Conclusiones: La enfermedad asmática no supone un factor de riesgo en la gravedad ni en aparición de complicaciones durante la fase aguda de la COVID-19. La asociación con EPOC, el uso de corticoides sistémicos y la eosinofilia periférica no se asocia a una peor evolución de estos enfermos.

478. EVALUACIÓN DE LA INCIDENCIA Y DE LAS COMPLICACIONES DURANTE LA COVID-19 EN PACIENTES CON ASMA

J. Pavón Guede, P.K.E. Freund, R. Camperos Moreno, I. de Agrela Mendes, K. Pose, I. Fernández-Concha Lloná, D. Laorden Escudero, C.J. Carpio Segura, J. Domínguez Ortega, D. Romero Ribate, I. Losantos García, S. Quirce y R. Álvarez-Sala Walther

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Tabla 2 Comparación por tratamiento previo con corticoides

	level	0	1	p	test
n		179	16		
tiempo_urgencias (median [IQR])		0.00 [0.00, 1.00]	1.00 [0.00, 1.00]	0.807	nonnom
tiempo_hospitalizacion (median [IQR])		4.00 [0.00, 8.00]	3.50 [0.75, 8.50]	0.954	nonnom
necesidad_oxigenoterapia (%)	0	88 (51.8)	6 (37.5)	0.407	
	1	82 (48.2)	10 (62.5)		
uso_pronos (%)	0	131 (92.9)	14 (93.3)	1.000	
	1	10 (7.1)	1 (6.7)		
necesidad_ingreso_uci (%)	0	161 (95.8)	15 (93.8)	1.000	
	1	7 (4.2)	1 (6.2)		
tiempo_uci (median [IQR])		7.00 [6.00, 21.50]	25.00 [25.00, 25.00]	0.510	nonnom
exitus (%)	0	143 (88.8)	12 (75.0)	0.230	
	1	18 (11.2)	4 (25.0)		
neumonia_leve (%)	0	105 (61.0)	12 (75.0)	0.406	
	1	67 (39.0)	4 (25.0)		
neumonia_grave (%)	0	133 (88.2)	10 (62.5)	0.264	
	1	37 (21.8)	6 (37.5)		
sdra (%)	0	166 (96.0)	16 (100.0)	0.898	
	1	7 (4.0)	0 (0.0)		
sepsis (%)	0	168 (98.8)	16 (100.0)	1.000	
	1	2 (1.2)	0 (0.0)		

Comparación elevación de eosinófilos mayor a 100cel/mcl

	level	0	1	p	test
n		109	58		
tiempo_urgencias (median [IQR])		1.00 [0.00, 1.00]	0.00 [0.00, 1.00]	0.555	nonnom
tiempo_hospitalizacion (median [IQR])		4.50 [0.75, 9.00]	2.50 [0.00, 4.75]	0.087	nonnom
necesidad_oxigenoterapia (%)	0	36 (34.3)	33 (58.9)	0.004	
	1	69 (65.7)	23 (41.1)		
uso_pronos (%)	0	83 (91.2)	43 (93.5)	0.898	
	1	8 (8.8)	3 (6.5)		
necesidad_ingreso_uci (%)	0	99 (95.2)	52 (94.5)	1.000	
	1	5 (4.8)	3 (5.5)		
tiempo_uci (median [IQR])		7.00 [7.00, 25.00]	17.00 [11.00, 24.50]	0.653	nonnom
exitus (%)	0	82 (82.0)	50 (92.6)	0.121	
	1	18 (18.0)	4 (7.4)		
neumonia_leve (%)	0	57 (54.8)	34 (59.6)	0.670	
	1	47 (45.2)	23 (40.4)		
neumonia_grave (%)	0	71 (68.9)	45 (80.4)	0.173	
	1	32 (31.1)	11 (19.6)		
sdra (%)	0	100 (95.2)	55 (96.5)	1.000	
	1	5 (4.8)	2 (3.5)		
sepsis (%)	0	102 (99.0)	55 (98.2)	1.000	
	1	1 (1.0)	1 (1.8)		

Introducción: En la enfermedad COVID-19 se han objetivado factores de riesgo de enfermedad grave como la hipertensión, diabetes mellitus o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Como enfermedad respiratoria crónica, el asma podría ser visto como un factor de riesgo para el desarrollo de COVID-19 grave. Sin embargo, la mayor parte de la evidencia revela que el asma podría tener un efecto protector. **Objetivos:** Evaluar la incidencia y complicaciones durante la COVID-19 en pacientes con asma del Hospital Universitario La Paz.

Material y métodos: Se seleccionaron 173 pacientes asmáticos en seguimiento en consultas ambulatorias que ingresaron en el hospital por COVID-19. Se registraron variables demográficas (sexo, edad, tabaquismo) y comorbilidades (EPOC, apnea obstructiva del sueño, rinosinusitis, enfermedad por reflujo gastroesofágico, pólipos nasales, insuficiencia cardíaca, ansiedad y depresión). Se clasificó a los pacientes en asmáticos T2 o no T2 y se recogió las exacerbaciones y el tratamiento previo, así como test de control del asma de los pacientes. Se recogieron los síntomas durante la enfermedad COVID-19, el tratamiento y el soporte respiratorio pautado. Se registró si habían presentado neumonía, tromboembolismo pulmonar, ingreso en planta convencional o en unidad de cuidados intensivos (UCI) o si habían fallecido.

Resultados: Se objetivó un aumento del riesgo de neumonía en hombres ($p = 0,004$), en fumadores ($p = 0,025$) y en pacientes en tratamiento previo con asociación de corticoides inhalados (CI) y beta dos agonistas de larga duración (LABA) ($p = 0,001$). Se evidenció un aumento del riesgo de hospitalización en varones ($p = 0,048$), en fumadores ($p < 0,001$), asma tipo 2 ($p = 0,002$) y tratamiento con aso-

ciación de CI y LABA ($p = 0,003$). Se observó un riesgo menor de hospitalización en pacientes con tratamiento previo en pacientes con CI ($p = 0,005$). No se observó mayor riesgo de pacientes obesos, tratados con corticoides orales, con alto número de exacerbaciones o con eosinófilos elevados ($> 150/\mu\text{l}$). No se observó mayor riesgo de mortalidad o ingreso en UCI en pacientes asmáticos ajustado por las variables y comorbilidades recogidas.

Conclusiones: En pacientes asmáticos el riesgo de presentar neumonía y de hospitalización aumenta en varones, en fumadores y en pacientes con tratamiento previo con asociación de CI y LABA. Existe un mayor riesgo de hospitalización en pacientes con fenotipo T2. El tratamiento previo con CI disminuye el riesgo de hospitalización.

435. EVALUACIÓN DE RESPUESTA TRAS MODIFICACIÓN DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES ASMÁTICOS DE NUESTRA UAG

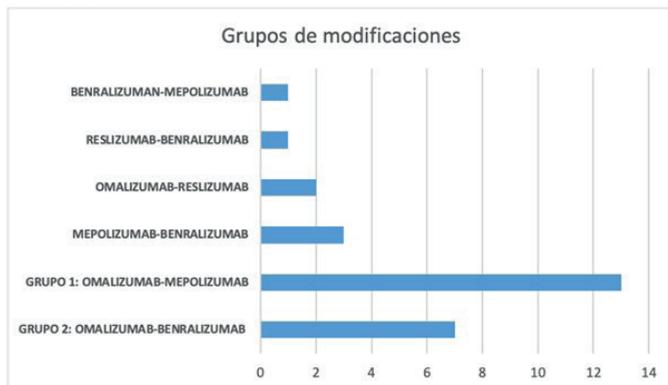
L. Albarrán de la Cruz, S. Herrero Martín, F.J. Campano Lancharro, T. Gutiérrez Urra, M. Urkiola Torres y P. Cebollero Rivas

Hospital Universitario de Navarra (HUN), Pamplona, España.

Introducción: La terapia biológica en el tratamiento del asma grave permite el abordaje dirigido por fenotipos, hecho que obliga a la revisión y mejor tipificación de los pacientes. El objetivo es analizar la evolución clínica de los pacientes que han requerido modificación del tratamiento biológico en nuestra unidad.

Material y métodos: Analizamos retrospectivamente la evolución de los pacientes atendidos en la UAG a los que se les realizó *switch* en su tratamiento biológico y que disponen de al menos 6 meses de seguimiento con la nueva terapia. Se examina la evolución tras el cambio respecto al grado de control (ACT), exacerbaciones (moderadas y graves) y uso crónico de corticoides sistémicos.

Resultados: Del total de 132 pacientes en tratamiento con terapias biológicas en nuestra UAG, 27 han requerido cambio de su tratamiento, el 89% (24) de los pacientes por falta de eficacia y el 11% (3) por efectos adversos. El 85,18% eran mujeres, con una edad media de 58,14 (DE 12,3) y un IMC medio de 26,25 (DE 4,6). 17 de ellos no habían sido nunca fumadores, y 10 eran exfumadores. El fenotipo de los pacientes fue mayoritariamente eosinofílico (66,6%), si bien 9 pacientes tenían un fenotipo mixto. La eosinofilia periférica máxima registrada previo al inicio del tratamiento biológico inicial fue de $955,55 \times 10^9/\text{L}$ (DE 424,56). El 100% cuentan con más de 6 meses de evolución y el 74% (20) con 1 año. En 2 pacientes se ha realizado doble cambio. Biológicos previos: omalizumab 22 pacientes (81,48%), mepolizumab (3 pacientes), reslizumab (1) y benralizumab (1). Tras el cambio: mepolizumab (14 pacientes), benralizumab (11) y reslizumab (2). Se divide la muestra en 2 grupos, por tratarse de los cambios más frecuentes: grupo 1, de omalizumab a mepolizumab; y grupo 2, de omalizumab a benralizumab (fig. 1). Se analiza la evolución tanto de la totalidad de la muestra como de los dos subgrupos a los 6 y 12 meses en la tabla.



	TOTAL n=27			GRUPO 1: OMALIZUMAB-MEPOLIZUMAB n=13			GRUPO 2: OMALIZUMAB-BENRALIZUMAB n=7		
	Previo	6 meses	12 meses	Previo	6 meses	12 meses	Previo	6 meses	12 meses
FENO	71,4 ±46,3 NS	65,7 ±53,4 NS	53 ±43 p 0,04	85,3 ±48,9 NS	67,7 ±67 NS	45,6 ±44,4 p 0,02	71,5 ±36,3 NS	75,6 ±18,8 NS	52,3 ±23 NS
ACT	15,18 ±6,3 p 0,001	19,14 ±6,6 p 0,03	20,3 ±6 p 0,02	15,15 ±6,3 p 0,04	19,5 ±6,1 p 0,05	20,5 ±6,4 p 0,02	18,5 ±6 p 0,05	21,7 ±5 p 0,04	24,3 ±11,5 p 0,009
CI	SI 8 (29,63%) n=27 p 0,01	SI 4 (23%) n=27 p 0,01	SI 2 (10%) n=27 p 0,01	SI 4 (30,77%) n=13 p 0,02	SI 3 (27%) n=13 p 0,05	SI 1 (9%) n=13 p 0,05	SI 1 (14,2%) n=7 p 0,05	SI 0 n=7	SI 0 n=7
Agudizaciones graves/ingresos	0,3 ±0,7 NS	0,1 ±0,4 NS	0,1 ±0,4 NS	0,46 ±0,77 NS	0,15 ±0,55 NS	0 NS	0,2 ±0,75 NS	0 NS	0 NS
Agudizaciones moderadas	2,7 ±2,7 p 0,001	0,7 ±1,75 p 0,001	0,6 ±1,6 p 0,001	3,1 ±2,5 p 0,01	0,8 ±1,9 p 0,01	0,2 ±0,4 p 0,003	0,8 ±0,89 p 0,003	0 NS	0 NS
Urgencias	0,6 ±1,5 NS	0,2 ±1,5 NS	0,05 ±0,22 NS	0,9 ±2 NS	0,6 ±2,2 NS	0 NS	0,4 ±1,13 NS	0 NS	0 NS

Evolución a los 6 y 12 meses tras la modificación del tratamiento.

Conclusiones: 1. En nuestra muestra, existe un predominio de mujeres de mediana edad con fenotipo eosinofílico o mixto, que explicaría el cambio de terapia inicial. 2. Tras el cambio de biológico se objetiva una mejoría en grado de control del asma, uso de corticoides sistémicos y agudizaciones. 3. Es necesario una correcta selección del paciente (fenotipado y comorbilidades) para la elección del tratamiento biológico adecuado en cada caso.

55. EVALUACIÓN EN PACIENTES CON ASMA GRAVE ALÉRGICA DEL TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB

A. Marín Andreu, I. Muñoz Ramírez, R. de Andrés David, A. Ais Daza, F. Montoro Ballesteros y A. Arnedillo Muñoz

Hospital Puerta del Mar, Cádiz, España.

Introducción: El omalizumab es un anticuerpo anti-IgE monoclonal recombinante aprobado como tratamiento complementario en el asma alérgica de moderada a grave.

El objetivo fue estudiar a los pacientes tratados con omalizumab en nuestro centro y realizar un estudio descriptivo de sus características clínicas y respuesta al tratamiento.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de los pacientes en tratamiento con omalizumab en nuestro servicio de Neumología. Se registraron las características demográficas, función pulmonar, tratamiento previo a la prescripción del fármaco, las comorbilidades y el nivel de IgE y eosinofilia. Se analizó la respuesta y los efectos secundarios al tratamiento.

Resultados: Se registraron un total de 48 pacientes, siendo la mayoría mujeres (75%), con una edad media de 56,60 (DE 15,05) años. La mayoría de los pacientes nunca habían fumado (54,2%), eran exfumadores el 43,8% y 1 era fumador activo. Un 62,5% de los pacientes presentaba alguna comorbilidad, destacando la rinitis (41,7%) y el RGE (33,3%). Un 77,1% estaban en tratamiento con montelukast, un 66,7% con LAMA y todos habían recibido corticoides orales en el año previo al inicio del tratamiento con omalizumab. La tasa de agudizaciones anualizada de los pacientes fue de 2,96 al año, el año previo al tratamiento mientras que en el año posterior fue de 0,89 ($p < 0,001$). El número de agudizaciones se redujo en un 69,9%. En el momento de la prescripción de omalizumab, el 45,83% de los pacientes estaban con esteroides orales (CO) de forma continua de los cuales el 54,54% lo habían suspendido al año y el 68,18% lo redujo a 5 o menos mg de prednisona. La respuesta fue buena (mejoría sintomática y sin agudizaciones) en el 80,4% y parcial con mejoría de síntomas y 1 o menos agudizaciones en el 19,6% de los casos. El 45,83% de los pacientes no tuvo agudizaciones en el año posterior al comienzo del tratamiento. Aparecieron efectos secundarios en el 6,4% siendo la mayoría reacciones leves locales que desaparecieron en 1-2 días. Se retiró el tratamiento en el 14,6% por mejoría a los 5 años y en 1 paciente por falta de mejoría. Se reintrodujo el tratamiento en 3 pacientes ante la reaparición de síntomas.

Conclusiones: El tratamiento con omalizumab en asma grave alérgica ha demostrado ser eficaz en el control sintomático y en reducir las agudizaciones. Los efectos secundarios fueron leves y pasajeros. Un 10,41% de pacientes ante la ausencia de control cumpliría criterios para usar un Ac monoclonal anti-IL5.

349. EVALUAR EL CONTROL DEL ASMA DE LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE TRATADOS CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS Y LAS POSIBLES CAUSAS DE MAL CONTROL

D. Espejo Castellanos^{1,2}, M.F. Pilia¹, G.D. Granados Rosales¹, C.E. Romero Mesones^{1,3}, M. Roch Santed⁴, Í. Ojanguren Arranz^{1,3}, O. Luengo Sánchez², M.J. Cruz Carmona^{1,2,3}, M.R. Gómez Domingo⁴ y X. Muñoz Gall^{1,3}

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España. ²Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona, España. ³CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), España. ⁴Servicio de Farmacia, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España. ⁵Servicio de Alergología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Introducción: Establecer el grado de control de la enfermedad en pacientes asmáticos y las causas que pueden afectar al mismo es relevante de cara a optimizar las opciones terapéuticas. El objetivo del presente estudio es identificar el porcentaje de pacientes asmáticos graves en tratamiento con fármacos biológicos que presentan buen control y enumerar las variables que condicionan un mal control.

Material y métodos: Se incluyeron mayores de 18 años diagnosticados de asma grave en seguimiento en nuestras consultas y en tratamiento activo con fármacos biológicos en febrero del 2021. Se obtuvieron datos demográficos y clínicos y se clasificaron en dos gru-

pos según el control de la enfermedad: ACT \geq 20 (grupo 1, controlados) y ACT $<$ 20 (grupo 2, no controlados). Se realizó un análisis estadístico para determinar qué variables interfieren en el mal control del asma.

Resultados: Identificamos 113 pacientes en tratamiento con fármacos biológicos: 75 (66%) correspondían a fenotipo T2-TH2 y 38 (34%) fenotipo T2-ILC2. De los 113 pacientes, 62 recibían omalizumab, 21 mepolizumab, 27 benralizumab y 3 reslizumab. El grupo 1 (ACT \geq 20, controlados) se conformó por 94 pacientes y el grupo 2 (ACT $<$ 20, no controlados) por 19 pacientes. En el grupo 1 se reconocieron 14 pacientes (15%) obesos vs. 9 (47%) en el grupo 2, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,001$). El grupo 2 presentaba un FEV1 medio de 69% respecto al 78% del grupo 1 ($p = 0,05$). No se evidenciaron diferencias significativas en otras comorbilidades, agudizaciones, ingresos ni pautas o adherencia del tratamiento. Tampoco se evidenciaron diferencias significativas en ACT ni en agudizaciones según el fármaco biológico administrado.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con asma grave tratados con fármacos biológicos presentan un buen control de la enfermedad. La obesidad y el deterioro de la función pulmonar son causas de mal control del asma en esta población.

324. EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON ASMA TRAS FINALIZAR UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y AUTOCUIDADO MEDIANTE TELEMEDICINA

A. Sánchez Vera, L. Dahmazi, E. Ballesteros Vázquez, M. Climent Gregori, E. Lillo González y E. Martínez Moragón

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

Introducción: La telemedicina nos puede ayudar a controlar y mejorar la calidad de vida de los asmáticos pero hay que demostrar que aplicaciones telemáticas, en que pacientes y durante cuánto tiempo, para hacer una adecuada gestión de los recursos.

Material y métodos: En 2017-2018 incluimos una serie de asmáticos graves con $>$ 2 ingresos por asma en los últimos 2 años en un plan de educación y autocuidado mediante un sistema de telemonitorización domiciliaria, con seguimiento durante 12 meses. Conseguimos buenos resultados (control, calidad de vida, reducción de agudizaciones, visitas a urgencia e ingresos) con un nivel alto de satisfacción percibida por los pacientes. Hemos querido conocer la evolución de los pacientes tras la finalización del programa y si los resultados conseguidos se mantienen en el tiempo.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes con edad media 65 años (54-76), mujeres 76,2%, edad inicio de asma 40 años (17-63). El 66,3% tenía historia de tabaquismo. La media de comorbilidades por paciente era de 3,9 (2,3-5,5) destacando HTA (67%), obesidad (52%) y dislipemia (43%). Eosinófilos en sangre: 266 cel. por μ l (53-479). FEV1 medio 71 \pm 27%. En la tabla se expresan los resultados referentes al control (ACT), n^o exacerbaciones tratadas con corticoides sistémicos, visitas a urgencias e ingresos en el año previo, durante el año que duró el programa y los 2 años posteriores que los pacientes fueron seguidos en la unidad de asma en situación de práctica clínica habitual. Hay diferencias estadísticamente significativas en todos los años con respecto al momento de inicio del paciente en el programa de telemedicina.

Tabla 1. Datos demográficos y de características del asma en la población de estudio.

	n = 113
Edad, Media (DS)	52 (14)
Género, femenino, n (%)	70 (62)
Hábito tabáquico, n (%)	
Fumador	6 (5)
No-fumador	83 (74)
Exfumador	24 (21)
Fenotipo asma, n (%)	
T2-TH2	75 (66)
T2-ILC2	38 (34)
ACT, Media (DS)	22 (4)
ACT $<$ 20, n (%)	19 (17)
Atopia, n (%)	81 (72)
Polipos, n (%)	56 (50)
Rinitis, n (%)	78 (69)
Sinusitis, n (%)	50 (44)
Dermatitis, n (%)	26 (23)
Tratamiento biológico, n (%)	
Omalizumab	62 (55)
Benralizumab	27 (24)
Mepolizumab	21 (18)
Reslizumab	3 (3)

DS: desvío estándar. ACT: asthma control test.

Tabla 2: Comorbilidades, función pulmonar, agudizaciones y adherencia al tratamiento en función del ACT

SI, n (%)	ACT \geq 20 n = 94	ACT $<$ 20 n = 19	p
Comorbilidades	68 (72)	16 (84)	0.280
Reflujo gastroesofágico	15 (16)	6 (31)	0.110
Cardiopatía	5 (5)	1 (5)	0.992
Enfermedad reumática	18 (19)	0 (0)	0.037
Hipertensión arterial	20 (21)	7 (37)	0.147
Dislipemia	23 (24)	4 (21)	0.750
Diabetes mellitus	7 (7)	1 (5)	0.735
Enfermedad neurológica	12 (13)	1 (5)	0.350
Enfermedad psiquiátrica	17 (18)	5 (26)	0.409
Enfermedad digestiva	12 (13)	1 (5)	0.350
Obesidad	14 (15)	9 (47)	0.001
Intolerancia AINES	29 (31)	5 (26)	0.694
Bronquiectasias	22 (23)	3 (16)	0.133
Agudizaciones moderadas	8 (8)	0 (0)	0.419
Agudizaciones graves	16 (17)	10 (53)	0.004
Ingresos últimos 18 meses	3 (3)	0 (0)	0.732
Función pulmonar			
FVC	87 (43 - 122)	78 (54 - 107)	0.163
FEV1	78 (30 - 121)	69 (41 - 91)	0.055
Ratio	71 (42 - 100)	66 (55 - 80)	0.288
Días de tratamiento; mediana (Rango)	656 (0 - 4791)	497 (73 - 2915)	0.999
Cumplimiento tratamiento, SI, n (%)	89 (95)	18 (95)	0.992

	Inicio telemedicina	Un año con telemedicina	Un año después	Dos años después
ACT	14 \pm 4	19 \pm 3	18 \pm 4	18 \pm 4
Exacerbaciones/año	2.79 \pm 1.62	1.05 \pm 1.35	1.16 \pm 1.33	1.1 \pm 1.33
Urgencias/año	2.89 \pm 2.6	1.05 \pm 1.1	1.2 \pm 1.1	0.8 \pm 2
Hospitalizaciones/año	1.68 \pm 2.2	0.89 \pm 1.1	0.47 \pm 1	0.5 \pm 1

Conclusiones: En nuestra experiencia los pacientes que implementaron un programa de telemedicina tras frecuentes hospitalizaciones por asma consiguen buenos resultados en salud (control, reducción de agudizaciones, visitas a urgencia, ingresos y uso de corticoides sistémicos) que se mantienen dos años después de finalizar el mismo. Los datos sugieren que la telemedicina es un buen sistema para adiestrar a los asmáticos graves en su autocuidado y tras un tiempo de mantenimiento del programa los beneficios se mantienen.

249. EVOLUCIÓN DE PACIENTES ASMÁTICOS A LOS 6 Y 12 MESES DE RECUPERACIÓN TRAS INFECCIÓN TIPO COVID-19

R.A. Camperos Moreno¹, J. Pavón Guede¹, P.K.E. Freund¹, I. Fernández-Concha Llona², K. Pose², I. de Agrela Mendes², D. Laorden Escudero¹, D. Romero Ribate¹, C.J. Carpio Segura¹, I. Losantos García³, S. Quirce², J. Domínguez Ortega² y R. Álvarez-Sala Walther¹

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Paz-IdiPAZ, Madrid, España. ²Servicio de Alergología, Hospital Universitario La Paz-IdiPAZ, Madrid, España. ³Servicio de Bioestadística, Hospital Universitario La Paz-IdiPAZ, Madrid, España.

Introducción: Actualmente, además de la fase aguda de la infección tipo COVID-19, existe un creciente interés por el cuadro clínico que se presenta tras esta, dadas las repercusiones potenciales que puede tener en la población recuperada. El asma es una enfermedad respiratoria prevalente, que afecta a aproximadamente 350 millones de personas globalmente, pudiendo influir esta enfermedad y su base patogénica en el curso del cuadro pos-COVID-19. Con base en esto, se evaluó la evolución pos-COVID-19 a los 6 y 12 meses de los pacientes asmáticos recuperados de la infección aguda tipo COVID-19.

Material y métodos: Los datos fueron recolectados mediante revisión manual de historias clínicas electrónicas. Los datos demográficos estudiados fueron edad, sexo y comorbilidades, incluyendo hábito tabáquico, EPOC, obesidad (IMC > 30 Kg/m²), apnea obstructiva del sueño, reflujo gastroesofágico, rinosinusitis, poliposis nasal, insuficiencia cardíaca, ansiedad y depresión. Se clasificaron por tipo de asma en T2 o no T2. Se registró el nivel de eosinófilos y de inmunoglobulina E séricos. Se tomó en cuenta la presencia de neumonía, necesidad de ingreso en planta o en UCI. Fueron recogidos datos durante la evolución post-COVID19 (tras 6 y 12 meses de la recuperación) sobre la presencia de síntomas (dolor torácico, tos, expectoración y disnea) y desarrollo de complicaciones posteriores.

Resultados: Tras analizar las variables a los 6 meses, se encontró significación estadística en la presencia de dolor torácico ($p = 0,009$) en pacientes con neumonía previa. Se observaron valores más bajos de eosinófilos en pacientes que tenían disnea a los 6 meses ($p = 0,043$). Al analizar las variables se encontró asociación significativa entre el hábito tabáquico y el desarrollo de tromboembolia pulmonar a los 12 meses ($p = 0,025$). Aunque sin lograr significación, se aprecian diferencias en asmáticos T2, quienes presentaban menos dolor torácico a los 6 meses que los no T2 (20,3% vs. 44,4%; $p = 0,064$). Asimismo, se observan diferencias no significativas en eosinófilos por encima de la mediana y ausencia de dolor torácico a los 12 meses ($p = 0,081$).

Conclusiones: El haber desarrollado neumonía por infección tipo COVID-19 en pacientes asmáticos se asocia con la presencia de dolor torácico a los 6 meses tras la recuperación. Adicionalmente, el tabaquismo parece estar relacionado con el desarrollo de enfermedad tromboembólica pos-COVID-19. Se necesitan más estudios para demostrar el impacto del asma en los síntomas tras la COVID-19.

195. EXPERIENCIA CON BENRALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADO, ANÁLISIS DE EFICACIA EN EL HOSPITAL DE VALME

A. Asuero Llanes, J. Gallego Borrego, I. Pacheco Carrillo, P. Montero Sanz, J. Vázquez Domínguez y J. Díez Sierra

Hospital Valme, Sevilla, España.

Introducción: El benralizumab es un anticuerpo monoclonal, que se une con gran afinidad y especificidad a la subunidad alfa del receptor de IL-5. Este mecanismo de acción ha demostrado en ensayos clínicos mejorar el control clínico de pacientes asmáticos, al reducir la inflamación eosinofílica.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se analizaron datos demográficos, historia asmática, comorbilidades, número de exacerbaciones, empleo de ciclos de corticoterapia oral (GCO), cuestionarios de control sintomático (ACT), espirometría y eosinofilia, tanto basal como a 12 meses desde el inicio del tratamiento con benralizumab. Las variables cualitativas se expresan como porcentajes y las cuantitativas como mediana y rango intercuartílico. Consideramos significación $p < 0,05$.

Resultados: Tamaño muestral de 11 pacientes, 9 mujeres. 2 eran exfumadores. 3 pacientes eran obesos, con un IMC muestral de 24 (21-30) kg/cm². El tiempo evolución desde el debut asmático fue de 20 (6-30) años. Todos los pacientes previamente estuvieron en tratamiento con mepolizumab, con una mediana de 7 (5-16) meses de empleo, retirándose el fármaco en 9 pacientes por falta de respuesta clínica y en 2, por aparición de efectos secundarios. Todos los pacientes presentaban basalmente mal control sintomático, con un ACT de 10 (9-10). El número de exacerbaciones el año previo al inicio de benralizumab fue de 8 (5-12), con necesidad de empleo de GCO de 5 (3-9) ciclos/año. El FEV1 basal, en mL y porcentaje teórico, fue de 1.630 mL (1.070-3.220) y 66% (45-92). Tras la administración de broncodilatadores, el valor de cambio del FEV1 basal fue de 95 (40-395) mL y 4,5% (1,7- 39). El recuento de eosinófilos en sangre periférica fue de 200 (120-540) células/μL. A los 12 meses, el número de exacerbaciones descendió a 0 (0-0) ($p < 0,05$), lo que supuso el empleo de 0 (0-0) GCO ($p = 0,05$). El ACT aumentó a 20 (17-24) ($p < 0,03$). El FEV1 aumentó a 1.845 mL (1375-2.695) ($p = 0,13$) y 68% (43-83) ($p = 0,7$). El valor de cambio de FEV1, aumentó a 280 mL (80-1.420) y 6% (1-43). Los niveles de eosinófilos disminuyeron a 0 células/μL (0-0) ($p < 0,03$).

Conclusiones: Los resultados de este estudio muestran que benralizumab es una alternativa eficaz en pacientes con asma grave no controlado, en términos de reducción del número de exacerbaciones, ciclos de corticoterapia oral y eosinofilia, así como aumento de la puntuación en cuestionarios de calidad de control sintomático. Aunque se objetiva una mejoría en la función pulmonar, no alcanzó la significación estadística.

271. EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE TOS CRÓNICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

D. Rodríguez Estrella, M. Inglés Azorín, A. Jove Lamas y A. de Diego Damià

Hospital Universitari i Politènic La Fe, Valencia, España.

Introducción: La tos crónica constituye una entidad heterogénea que abarca desde un síntoma guía de múltiples patologías, hasta un diagnóstico propio de exclusión. El objetivo de este estudio ha sido describir la experiencia de una consulta especializada de tos crónica en un servicio de neumología de un hospital terciario, el diagnóstico final y la evolución de los pacientes derivados a esta consulta.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes con tos crónica derivados a la consulta en

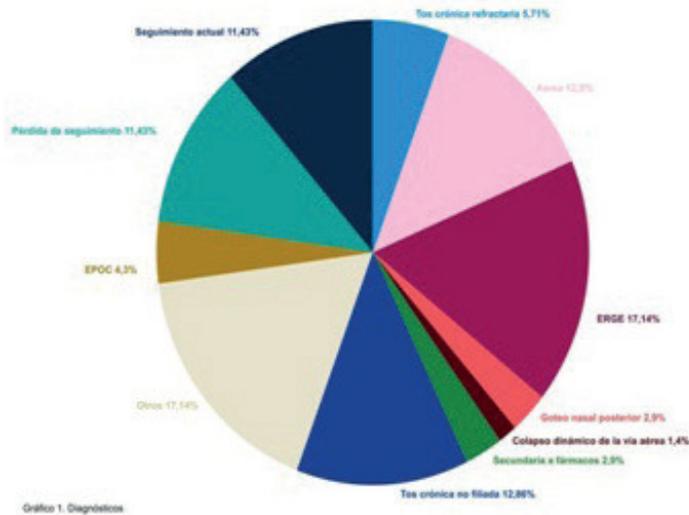


Gráfico 1. Diagnósticos

	N	Porcentaje	Porcentaje de casos
Espirometría	59	20,6%	85,5%
Prick test cutáneo	30	10,5%	43,5%
pHmetría	15	5,2%	21,7%
Manometría esofágica	14	4,9%	20,3%
TAC	35	12,2%	50,7%
Broncoscopia flexible	3	1,0%	4,3%
Valoración ORL	42	14,6%	60,9%
Estudio de sueño	8	2,8%	11,6%
Pruebas de provocación bronquial	15	5,2%	21,7%
FeNO	15	5,2%	21,7%
Radiografía de tórax	51	17,8%	73,9%
Total	287	100,0%	415,9%

Tabla 1. Pruebas diagnósticas realizadas

los últimos 7 años (2015-2022). Se registraron las características demográficas de los pacientes, las pruebas diagnósticas realizadas, tratamientos empleados, así como la duración de la tos hasta el primer contacto y el tiempo hasta llegar al diagnóstico final.

Resultados: Se incluyeron un total de 70 pacientes (23V; 47H), con una edad media de 56 (DE: 16) años. El 34% de los pacientes eran fumadores y un 17% presentaban IMC > 30. Los diagnósticos más frecuentes fueron: ERGE (17,1%) y asma (12,9%). En un 12,9% se consideró tos crónica no filiada y 5,7% tos crónica refractaria. En el 11,4% se produjo una pérdida de seguimiento. Las pruebas diagnósticas más empleadas fueron espirometría (85,5%), radiografía de tórax (73,9%) y tomografía computarizada (TC) de tórax (50,7%). Se solicitó valoración por el servicio de Otorrinolaringología en un 60% y Digestivo 21,7%. Los tratamientos más utilizados fueron: 64,3% corticoides inhalados (CI); 57,1% inhibidores de la bomba de protones; 31,4%, antihistamínicos; 14,3% glucocorticoides orales; 14,3% neuromoduladores; 4,3% mórficos; y un 2,9% CPAP. El tiempo medio de evolución de síntomas hasta el primer contacto en consulta es de 37,13 meses, con una mediana de 12 meses. El tiempo medio para alcanzar el diagnóstico final es de 16 meses, siendo la mediana 10 meses.

Conclusiones: En nuestro medio, el tiempo requerido para el diagnóstico etiológico de la tos crónica es aún prolongado. La valoración multidisciplinar se ha mostrado útil para el manejo de los pacientes en nuestra consulta. Sin embargo, existe un porcentaje alto de pacientes que permanecen con diagnósticos de tos no filiada o tos refractaria a pesar del estudio y tratamiento pertinente.

519. EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE ENLACE ASMA GRAVE Y SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ DE HUELVA

A. González Hernández¹, J. Lancha Domínguez¹, B. Gracia Hernández¹, C. Fabre Bernal², R. Remesal Cobreros² y J. Romero López³

¹Servicio de Neumología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España. ²Unidad de Salud Mental, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España. ³Servicio de Neumología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

Introducción: Los trastornos psicoemocionales son una de las principales comorbilidades que dificultan el control del asma. En la Unidad de Asma (UA) del Hospital Juan Ramón Jiménez (HJRJ) de Huelva, tenemos un Programa de Enlace (PE) de Asma Grave de Control Difícil (AGCD) y Salud Mental.

Objetivos: Analizar la actividad realizada por el PE desde su implantación en noviembre de 2019 hasta noviembre de 2021.

Material y métodos: Se han recogido las derivaciones realizadas desde nuestra consulta de AGCD al PE. Se derivan los pacientes en los que existe una discordancia evidente entre el control clínico de la enfermedad (ACT), exacerbaciones e ingresos y datos objetivos, especialmente la espirometría.

Resultados: Se han producido 27 derivaciones al PE desde la consulta de AGCD. El 26% no acudió a la primera cita; de los restantes el 66% acudió entre 1 y 3 citas y posteriormente abandonó, y el 33% continúa vinculado a la consulta. Se han recogido una serie de cuestionarios autoadministrados: Cuestionario de conocimiento de asma (50% conocimientos adecuados y 50% con falta de información); ACT (controlada el 10%, parcialmente controlada el 30% y no controlada el 60%); cuestionario de Nijmegen de disnea funcional o síndrome de hiperventilación (SH), puntuación mayor o igual a 23 (66%) y ausencia de disfunción el 33%; Índice de Reactividad al Estrés (IRE) con un 88% con IRE alto; Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión con un 77% de presencia de sintomatología ansiosa depresiva asociada clínicamente significativa; Inventario de Depresión de Beck: 44% ausencia de síntomas depresivos, 11% con síntomas de depresión leve, moderada en el 33% y en el 11,1% síntomas de depresión grave; Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo: ansiedad en el momento de cumplimentar la prueba en el 33,3% (por encima del P75) y ansiedad habitualmente en el 66,8% (por encima del P75). Los diagnósticos CIE-10 observados han sido: trastorno mixto ansioso depresivo (25%), trastorno adaptativo 25%. En el 45% no se encontró psicopatología y en el 5% se detectó consumo perjudicial de tabaco.

Conclusiones: Los trastornos psicopatológicos deben valorarse en el AGCD como posible comorbilidad que dificulta su control. Encontramos un porcentaje elevado de psicopatología en los pacientes con AGCD con discordancia clínico/espirométrica. Es fundamental la inclusión de psicólogos/psiquiatras en las UA para identificar a estos pacientes y mejorar su calidad de vida.

302. EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON MEPOLIZUMAB EN UNA UNIDAD DE ASMA GRAVE. CONTROL DE CRISIS Y REDUCCIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA

M. Fernández Granja, S.Y. Ruiz Martínez, L. Fernández Mula, J. López Martínez, R. Andújar Espinosa, M. Aparicio Vicente, E. Solana Martínez y B. Fernández Suárez

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

Introducción: Una proporción de pacientes padece asma grave con exacerbaciones frecuentes que precisan asistencia médica para mejorar el control de la enfermedad. Las terapias con biológicos han demostrado eficacia en estos casos, siendo el mepolizumab un anticuer-

po monoclonal anti IL-5 que actúa reduciendo la producción y supervivencia de los eosinófilos, dirigido a pacientes con asma grave eosinofílica. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la efectividad de mepolizumab en la práctica clínica real con respecto al control de crisis y la reducción de la asistencia sanitaria.

Material y métodos: Se presenta un estudio observacional retrospectivo realizado en una unidad de asma grave del servicio de Neumología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Se incluyeron 13 pacientes con asma grave eosinofílica, en tratamiento con mepolizumab durante un periodo de 12 meses, valorando la efectividad medida como número de crisis totales el año previo al inicio del tratamiento y a los 12 meses siguientes al inicio del mismo, las visitas no programadas por crisis asmáticas en atención primaria, las visitas a Urgencias, las hospitalizaciones en planta y los ingresos en UCI.

Resultados: La media de crisis asmáticas previas al inicio del tratamiento fue de 2,92 (DE: 1,31) y tras 12 meses de mepolizumab de 0,92, disminuyendo un 68,5% ($p = 0,001$). Por otra parte, la media de visitas no programadas en atención primaria el año previo fue de 1,5 (DE: 1,38), siendo el año posterior al inicio del tratamiento de 0,5 (DE 0,80), con una disminución del 66,6%, ($p = 0,02$). La media de visitas a Urgencias hospitalarias durante el año previo al tratamiento fue de 1,25 (DE: 1,13), y durante los siguientes 12 meses de 0,33 (DE 0,88), disminuyendo un 73,6%, ($p = 0,014$). La media de ingresos previos al inicio del tratamiento fue de 0,42 (DE: 0,67), y posteriormente de 0 (DE: 0), ($p = 0,05$). Los ingresos en UCI el año previo al tratamiento fue de 0,08 (DE 0,289), y posteriormente de 0,08 (DE = 0,29), ($p = 1$).

Conclusiones: Los datos muestran que mepolizumab resulta efectivo para el tratamiento del asma grave eosinofílica, mejorando el control de crisis asmáticas así como reduciendo la necesidad de asistencia médica tanto en atención primaria como en urgencias de forma estadísticamente significativa tras un año de seguimiento, respaldando así las evidencias clínicas de eficacia publicadas en los estudios pivotaes.

528. EXPERIENCIA TRAS CAMBIO DE FÁRMACO BIOLÓGICO EN PACIENTES CON ASMA GRAVE DEL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ DE HUELVA

J. Romero López, J. Lancha Domínguez, B. Gracia Hernández, A. González Hernández, C. Romero Sayago y A. Pereira Vega

Servicio de Neumología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

Introducción: Con la aparición de nuevas terapias biológicas para el asma se plantea la posibilidad de cambio de tratamiento biológico en caso de no conseguir el control de la enfermedad. Además de la optimización del fenotipo y el biológico elegido (anti Ig E o anti IL5), existen diversos factores que pueden marcar la efectividad de un determinado biológico en un paciente.

Objetivos: Valorar el nivel de eficacia tras el cambio de terapia biológica en los pacientes con asma grave de difícil control (AGDC) en el hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

Material y métodos: Hemos revisado en nuestra base de datos de AGDC los pacientes que en alguna ocasión han recibido tratamientos biológicos para el asma desde 2007 hasta la actualidad. Se han seleccionado los pacientes en los que se realizó un cambio de biológico en algún momento durante el seguimiento, valorando la respuesta al nuevo tratamiento a los 6 meses del inicio. Para ello, nos hemos basado en el GETE, considerando "bueno" control parcial y "excelente" control total.

Resultados: Desde 2007 han iniciado terapia biológica para el AGDC en el HJRJ 236 pacientes, de los cuales se han seleccionado con criterios estrictos 114 (66 omalizumab (O), 20 mepolizumab (M) y 28 benralizumab (B)). De ellos, 22 pacientes comenzaron tratamiento con otro biológico, en una o dos ocasiones. Lo más frecuente (16

casos) fue el paso de O a terapia anti IL5 (5 De O a M y 11 de O a B). La eficacia mejoró en 16 pacientes, observándose un paso de no control a control parcial en 6 pacientes y de no control a control total en 10. En 6 pacientes, a pesar del cambio de tratamiento biológico, no se consiguió adecuado control del asma. Además, 3 pacientes han recibido de forma progresiva los 3 fármacos (O/M/B). En estos casos, no hubo mejoría en la eficacia en 2 pacientes, apreciándose un cambio a control parcial en el tercero. El cambio de tratamiento supuso una mejoría en la eficacia en el 72,73% de los casos y no mejoría en el 27,27%.

Conclusiones: La posibilidad del cambio de biológico se podría considerar si no se tiene un buen control del asma, adecuando el fármaco al fenotipo del paciente. En nuestro estudio, el cambio de biológico supuso una mejoría en la medida de eficacia en el 72,73% de los casos. El cambio de tratamiento en más de una ocasión, no ha demostrado en nuestra cohorte, mejoría en el control del asma, aunque serían necesarios estudios con cohortes más extensas.

447. GRADO DE CONTROL Y CUMPLIMIENTO DE LA MEDICACIÓN EN UNA SERIE ACTUAL A NIVEL NACIONAL DE PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL

D. Ramos Apolaya, J.F. Medina Gallardo, A. Romero Falcon, M.V. Maestre Sánchez, K. Baynova y F.J. Álvarez Gutiérrez

Unidad de Asma, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción: Como es conocido tanto el control del asma como el cumplimiento de la medicación son inadecuados en nuestro país. Sin embargo es necesario evaluar si esta situación está cambiando en series más actuales.

Objetivos: Evaluar el grado de control del asma en un grupo amplio de pacientes estudiados por neumólogos y alergólogos de todo el país desde noviembre del 2019 a marzo del 2020, antes del comienzo de la pandemia.

Material y métodos: Se exponen los datos de control del asma recogidos del "DPI Prefer", cuyo objetivo primario fue evaluar la preferencia de los pacientes por diversos dispositivos de inhalación. Se incluyeron a pacientes asmáticos > 18 años, remitidos a especialistas de neumología o alergia de nuestro país. Se recogieron los datos clínicos de los pacientes en una única visita. Se confirmó el diagnóstico de asma y se objetivó el grado de control, gravedad del asma según GINA 2019 y el cumplimiento de la medicación por el test de adherencia a inhaladores (TAI). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 25.0. Se aplicaron estadísticas descriptivas a todos los datos. Las inferencias se analizaron usando el test de chi cuadrado de Pearson para las variables categóricas y mediante ANOVA para variables continuas.

Resultados: Se incluyeron un total de 502 pacientes (84,3% por neumología, 15,7% por alergología), 317 mujeres (63%), edad media de 50,2 (16,2) años (rango 18 a 84). Realizaron el cuestionario completo 485 pacientes (96,6%). El control de la enfermedad se distribuyó de la siguiente forma: Asma bien controlada 184 pacientes (36,7%), parcialmente controlada 192 (38,2%) y mal controlada 123 (25,1%). Hubo diferencias significativas en cuanto al control, según la gravedad del asma (menor control en más graves), pero es destacable que incluso los pacientes con asma leve persistente (29,9% del total), tenían buen control solo en el 55% de los casos. El nivel de adhesión a la medicación, según el TAI fue malo en 211 (43,5%), intermedio en 167 (34,4%) y bueno en 107 (22,1%).

Conclusiones: Aunque el porcentaje de pacientes con asma mal controlada es algo inferior a series previas, aun sigue siendo muy elevado en todos los niveles de gravedad. De forma similar la adhesión a la medicación inhalada sigue siendo muy baja, con solo 1 de cada 5 pacientes con buen cumplimiento.

26. IMPACTO DE LA RINITIS EN LA PREVALENCIA Y GRAVEDAD DEL ASMA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

A. Acevedo Prado¹, M.T. Seoane Pillado², Á. López-Silverrey Varela³, S. Pértiga Díaz⁴, C. Calvo-Henríquez⁵, A. Faraldo García⁵, G. Martínez Capoccioni⁵, L. Bamonde Rodríguez⁶, L. Garnelo Suárez⁶, T. Pérez Castro⁷, M. Sampredo, Campos⁶, J. Sánchez Lastres⁶, M.Á. San-José González⁶ y F.J. González Barcala⁸

¹Dirección Xeral de Atención Integral Sociosanitaria- Consellería de Política Social, Santiago de Compostela, España. ²Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de A Coruña-INIBIC, A Coruña, España. ³Fundación María José Jove, A Coruña, España. ⁴Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España. ⁵Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. ⁶Pediatría, Servicio Galego de Saúde, Santiago de Compostela, España. ⁷Grupo de investigación Cardiovascular (GRINCAR), Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Universidade da Coruña, A Coruña, España. ⁸Grupo de investigación TRIAD-FIDIS; CIBER Enfermedades Respiratorias, Instituto de Salud Carlos III, Madrid; Departamento de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela; Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Introducción: El asma y la rinitis coexisten frecuentemente en un mismo paciente. Aunque algunos autores observaron mayor prevalencia y/o mayor gravedad del asma en pacientes con rinitis, persiste el debate sobre la relación entre la rinitis y la prevalencia o gravedad del asma. El objetivo de nuestro estudio es describir la prevalencia de rinitis en niños y adolescentes de nuestra comunidad y analizar su asociación con la prevalencia y gravedad del asma.

Material y métodos: Realizamos un estudio transversal en niños y adolescentes de Galicia utilizando los cuestionarios del estudio ISAAC. La selección de los niños y adolescentes participantes en el estudio se realizó de forma aleatoria, mediante muestreo polietápico, siendo la primera unidad de muestreo los municipios de Galicia y la segunda unidad los colegios de los municipios seleccionados. En el grupo de 6-7 años de edad respondieron los padres de los niños, y en el de 13-14 años responde el propio niño. Analizamos 3 categorías de rinitis y 4 de asma. "Rinitis alguna vez" si habían tenido síntomas compatibles alguna vez sin haber estado resfriado. "Rinitis reciente" si estas situaciones se habían producido en los últimos 12 meses. "Rinoconjuntivitis reciente" si estos síntomas habían estado acompañados de picor

Tabla 1.- Prevalencia de síntomas de rinitis y asma

		6-7 años		13-14 años	
		N	%	N	%
Rinitis alguna vez	no	7546	70,6	5775	53,8
	sí	3144	29,4	4955	46,2
Rinitis reciente	no	8128	76,0	7032	65,5
	sí	2562	24,0	3698	34,5
Rinoconjuntivitis reciente	no	9460	88,5	8993	83,8
	sí	1230	11,5	1737	16,2
Rinoconjuntivitis grave	no	10680	99,9	10713	99,8
	sí	10	0,1	17	0,2
Sibilancias alguna vez	no	6519	61,0	8262	77,0
	sí	4171	39,0	2468	23,0
Sibilancias recientes	no	9249	86,5	9319	86,8
	sí	1441	13,5	1411	13,2
Sibilancias con ejercicio	no	10010	93,6	8585	90,0
	sí	680	6,4	2145	20,0
Asma grave	no	10170	95,1	10106	94,2
	sí	520	4,9	624	5,8

Tabla 2. Odds Ratio de prevalencia de síntomas de asma en función de los síntomas de rinitis, ajustado por sexo, índice de masa corporal, tabaquismo parental, nivel de educación materna y la presencia de perro o gato en el hogar.

	Sibilancias alguna vez OR (IC 95%)	Sibilancias recientes OR (IC 95%)	Sibilancias con ejercicio OR (IC 95%)	Asma grave OR (IC 95%)
6-7 años				
Rinoconjuntivitis reciente				
No	1	1	1	1
Sí	5,584 (4,726-6,599)	8,797 (7,468-10,363)	11,375 (9,233-14,014)	9,788 (7,749-12,365)
Rinitis alguna vez				
No	1	1	1	1
Sí	3,946 (3,544-4,392)	5,874 (5,079-6,793)	9,291 (7,402-11,661)	9,358 (7,181-12,195)
Rinitis reciente				
No	1	1	1	1
Sí	3,913 (3,489-4,388)	6,710 (5,798-7,765)	9,770 (7,856-12,152)	9,807 (7,612-12,635)
13-14 años				
Rinoconjuntivitis reciente				
No	1	1	1	1
Sí	3,492 (3,009-4,054)	4,428 (3,730-5,257)	3,564 (3,059-4,152)	6,420 (5,057-8,152)
Rinitis alguna vez				
No	1	1	1	1
Sí	2,539 (2,233-2,887)	2,917 (2,466-3,450)	2,617 (2,285-2,998)	3,317 (2,556-4,305)
Rinitis reciente				
No	1	1	1	1
Sí	2,638 (2,324-2,995)	3,299 (2,810-3,874)	2,655 (2,325-3,031)	4,310 (3,364-5,522)

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de confianza

y lagrimeo de ojos. "Sibilancias alguna vez" referido a algún momento en su vida, "Sibilancias recientes" referido a los últimos 12 meses, "Sibilancias con ejercicio" si se producía durante o después del ejercicio, "Asma grave" si habían tenido 4 o más ataques en los últimos 12 meses y/o los síntomas le despertaron al menos una noche por semana y/o alguna vez los síntomas habían interferido con el habla. Mediante regresión logística calculamos los odds ratio (OR) de prevalencia de asma en función de la prevalencia de rinitis, ajustado por sexo, índice de masa corporal, tabaquismo parental, nivel de educación materna y la presencia de perro o gato en el hogar.

Resultados: Se obtuvieron 10.690 cuestionarios válidos en el grupo de 6-7 años y 10.730 en el grupo de 13-14 años (tasa de respuesta 72,4% y 84,4% respectivamente). La prevalencia de rinitis se muestra en la tabla 1. En nuestra población, la rinitis se asocia con un incremento significativo de la prevalencia de asma, alcanzando los mayores OR para asma inducida por ejercicio y asma grave (tabla 2).

Conclusiones: La presencia de rinitis en niños y adolescentes se asocia con mayor prevalencia de asma, especialmente de asma grave.

228. IMPACTO DE LA TERAPIA BIOLÓGICA SOBRE LA DOSIS ACUMULADA DE CORTICOIDES ORALES EN PACIENTES CON ASMA GRAVE

D. Rodríguez Plaza¹, M. Vivas Roca², H. Cabrerizo Cabrero², B. Gómez Martínez², S. Santos Pérez^{1,2} y M. Muñoz Esquerre^{1,2}

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, España. ²Grupo de Investigación en Neumología- IDIBELL, Hospitalet de Llobregat, España.

Introducción: El inicio de la terapia biológica dirigida por fenotipos en pacientes con asma grave ha supuesto un cambio significativo en su manejo. El objetivo de este estudio es determinar si la terapia biológica supone una reducción significativa de la dosis acumulada de corticoides orales (por cualquier causa), así como describir las otras variables clínicas asociadas a la respuesta.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional en pacientes con asma grave que iniciaron terapia biológica (anti-IgE, Anti-IL5, Anti-IL5R) entre enero de 2018 y agosto de 2021. Se registraron variables demográficas (edad, sexo, IMC), variables asociadas al asma, comorbilidades y tratamiento de mantenimiento. Asimismo, se registraron las variables de respuesta clínica basales, a los 6 y a los 12 meses de seguimiento: número de exacerbaciones, control sintomático (ACT), dosis media de corticoterapia oral diaria, dosis acumulada anualizada de corticoides orales (por cualquier causa) y datos funcionales (FEV1).

Resultados: Se incluyeron un total de 44 pacientes con una edad media de 60 ± 10 años, siendo un 59% mujeres. La distribución de las variables demográficas y basales se expone en la tabla 1. La efectividad de la terapia biológica a los 6 y 12 meses se expone en la tabla 2. Se aprecia una disminución muy significativa de la dosis acumulada

Tabla 1. Datos demográficos y clínicos de los pacientes analizados.

Variables clínicas	N = 44
Edad, años (± DE)	60 (± 10)
Sexo, n (%)	
Hombres	18 (40,91%)
Mujeres	26 (59,09%)
Edad inicio asma, años (± DE)	39 (± 16)
IMC ¹ , kg/m ² (± DE)	28,7 (± 5,5)
Tabaquismo, n (%)	
Fumadores	0 (0%)
Exfumadores	30 (68,18%)
Nunca fumadores	14 (31,82%)
Atopia, n (%)	10 (22,73%)
Sinusitis/poliposis nasal, n (%)	20 (45,45%)
Rinitis, n (%)	17 (38,63%)
Apnea obstructiva del sueño, n (%)	12 (27,27%)
Reflujo gastroesofágico, n (%)	25 (56,82%)
Ansiedad/Depresión, n (%)	20 (45,45%)
EGPA ² , n (%)	3 (6,82%)
Obstrucción laríngea inducible ³ , n (%)	0 (0%)
Diabetes, n (%)	5 (11,36%)
Osteoporosis, n (%)	8 (18,18%)
Glaucoma, n (%)	0 (0%)
Hipertensión arterial, n (%)	14 (31,82%)
Tratamiento de mantenimiento	
LABA/ICS ⁴ dosis altas	36 (81,82%)
LABA/ICS dosis medias	6 (13,64%)
ICS dosis altas	2 (4,54%)
Terapia biológica	
Omalizumab	2 (4,54%)
Mepolizumab	27 (61,36%)
Benralizumab	9 (20,45%)
Reslizumab	6 (13,64%)

¹Índice de masa corporal.

²Granulomatosis eosinofílica con poliangeitis.

³Disfunción de cuerdas vocales/Obstrucción laríngea inducible.

⁴Agonista β₂adrenérgico de larga duración/Glucocorticoide inhalado.

Tabla 2. Datos de efectividad en el seguimiento a 6 y 12 meses desde el inicio de la terapia biológica.

	Basal (0 meses)	6 meses	12 meses	P valor ⁵	
				Ovs6m	Ovs12m
ACT, puntos (± DE)	14,7 (± 5,0)	17,6 (± 5,2)	19,0 (± 4,5)	0,003	0,000
Exacerbaciones, n ⁶ (± DE)	2,6 (± 1,9)	0,1 (± 0,3)	0,6 (± 1,1)	0,0001	0,0001
Dosis acumulada de CO (mg/año) ⁷	2204,02 (± 2703,12)	1077,59 (± 2329,33)	492,84 (± 683,14)	0,0001	0,0001
Dosis de CO (mg/día) ⁸	5,70 (± 8,53)	3,63 (± 7,01)	1,37 (± 3,86)	0,005	0,002
FEV1 pre-BD, l (± DE)	1,98 ± (1,03)	1,98 (± 0,92)	1,94 (± 0,75)	0,594	0,354

Datos expresados en media y desviación estándar (±DE).

⁵Dosis diaria de corticoides orales en mg de Prednisona o equivalente (± DE) en pacientes con terapia de mantenimiento.

⁶Dosis acumulada de corticoides orales (anualizada) y prescrito por cualquier causa.

⁷P-valor evaluado mediante el modelo lineal general de medias repetidas intrasujeto.

de corticoides orales, pasando de 2.204 g de prednisona a 1.077 g a los 6 meses y a 0,492 g a los 12 meses del tratamiento (p = 0,0001 y p = 0,0001, respectivamente). Asimismo, se objetiva una mejoría clínica en los demás parámetros de control del asma.

Conclusiones: En conclusión, el inicio de la terapia biológica guiada por fenotipo supone una reducción significativa de la dosis acumulada y de las dosis media de mantenimiento de corticoides orales, del número de exacerbaciones y una mejoría del control de los síntomas. Financiado por ISCIII-FIS PI20/00777, SEPAR.

615. INFRADIAGNÓSTICO E INFRASEGUIMIENTO PREVIO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR AGUDIZACIÓN ASMÁTICA

G.A. Romero Castro¹, S. de Jorge Domínguez Pazos¹, M. Blanco Aparicio¹, F.A. Mendez Salazar¹, L. Villar Aguilar¹, A. Berriochoa Rodríguez¹, D. Duarte Busquet¹, A. Tirados Fernández¹, M. Ferreiro Gómez² y C. Montero Martínez¹

¹Servicio de Neumología, Hospital de A Coruña, A Coruña, España.

²Servicio de Urgencias, Hospital de A Coruña, A Coruña, España.

Introducción: El asma es una enfermedad infra y sobrediagnosticada por lo que es fundamental basarse en pruebas objetivas para establecer el diagnóstico, pautar un tratamiento adecuado y garantizar la adherencia terapéutica.

Objetivos: 1) analizar las pruebas diagnósticas objetivas realizadas en los pacientes que acuden a urgencias por agudización asmática 2) comprobar el tratamiento de mantenimiento previo prescrito para asma y recogida en farmacia. 3) valorar seguimiento programado previo en atención primaria (AP) y/o especializada (AE).

Material y métodos: Estudio descriptivo. Revisión de la historia clínica electrónica de los pacientes atendidos por agudización asmática entre el 16/9/21-15/12/21 por neumólogo de urgencias de un hospital de tercer nivel. Las variables recogidas: edad, sexo, causa agudización, prueba diagnóstica previa (espirometría y/o FENO y/o test de bronco-provocación), tratamiento de mantenimiento previo, retirada de medicación en farmacia a través de la receta electrónica, consultas de seguimiento en el año previo en AP y AE.

Resultados: Valorado 69 pacientes por agudización asmática de los cuales se han excluido 4 (1 derrame pleural, 1 intoxicación por CO, 2 hemoptisis). La edad media de los 65 pacientes ha sido 55,29±20,57 (rango 17-90) años; mujeres 45 (69%). El diagnóstico de asma había sido realizado por: neumología 22 (34%), pediatría 12 (18%), AP 11 (17%), alergia 5 (7%), medicina interna 2 (3%), no consta 13 (20%). Disponían de alguna prueba para el diagnóstico 43 (66%) pacientes de los cuales: espirometría solo 23; espirometría + FENO 17; espirometría + metacolina 1; espirometría + FENO + metacolina 1; FENO solo 1. 18 pacientes (28%) tenían diagnóstico objetivo (prueba broncodilatadora 12; FENO 3; PBD + FENO 3). Tenían seguimiento periódico en consultas 24 (37%) pacientes (AP 3; Alergia 2, NML 19). Tenían tratamiento de mantenimiento 45 (69%) pacientes (GCI/LABA 23; GCI/LABA/LAMA 21, montelukast 1). La recogida de medicación en farmacia fue del 100% de las recetas en 4 pacientes.

Conclusiones: 1) Un alto porcentaje de pacientes diagnosticados de agudización asmática en urgencias hospitalarias no tienen un diagnóstico objetivo de asma. 2) De los pacientes que acuden por agudización asmática a urgencias hospitalarias solo un 37% tenían un seguimiento en consultas de AP o AE. 3) Aunque un 69% de los pacientes tenían prescrito tratamiento de mantenimiento para asma con GCI/LABA + LAMA, solo 9% recogían todas las recetas.

596. LA EFICACIA DE DUPILUMAB EN PACIENTES CON ASMA NO CONTROLADA DE MODERADA A GRAVE DEL ESTUDIO LIBERTY ASTHMA QUEST ES INDEPENDIENTE DEL NÚMERO DE SENSIBILIZACIONES A AEROALÉRGENOS

F.J. González-Barcala^{1,2}, J. Corren³, D.J. Jackson^{4,5}, T.B. Casale⁶, K.F. Rabe^{7,8}, W.W. Busse⁹, J.F. Maspero¹⁰, D.J. Jackson¹¹, N. Daizadeh¹², A. Radwan¹³, J.A. Jacob-Nara¹⁴, A. Khodzhayev¹³, P.J. Rowe¹⁴, M. Djandji¹² y Y. Deniz¹³

¹Neumología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela-Grupo de Investigación TRIAD, Santiago de Compostela, España.

²Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

³David Geffen School of Medicine at UCLA, Los Angeles, Estados Unidos.

⁴King's College London, London, Reino Unido.

⁵Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, Reino Unido.

⁶University of South Florida, Tampa, Estados Unidos.

⁷LungenClinic Grosshansdorf (member of the German Center for Lung Research [DZL]), Airway Research Center North (ARCN), Grosshansdorf, Alemania.

⁸Christian-Albrechts University (member of the German Center for Lung Research [DZL]), Airway Research Center North (ARCN), Kiel, Alemania.

⁹UW Allergy, Pulmonary and Critical Care Medicine, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, Estados Unidos.

¹⁰Fundación CIDEA, Buenos Aires, Argentina.

¹¹University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, Estados Unidos.

¹²Sanofi, Cambridge, Estados Unidos.

¹³Regeneron Pharmaceuticals, Inc, Tarrytown, Estados Unidos.

¹⁴Sanofi, Bridgewater, Estados Unidos.

Introducción: Muchos pacientes con asma, alérgicos o no alérgicos, presentan inflamación tipo 2 (T2). El dupilumab, un anticuerpo monoclonal totalmente humano, bloquea el componente compartido del receptor de IL-4/IL-13, principales desencadenantes de la inflamación T2 en varias enfermedades. En el estudio QUEST (NCT02414854), se incluyeron pacientes con asma moderada-grave no controlada. El tratamiento con dupilumab, 200 o 300 mg cada 2 semanas comparado con placebo, redujo significativamente las exacerbaciones graves, mejoró el FEV1 prebroncodilatador, y fue bien tolerado. Se observó mayor efecto en pacientes con niveles basales elevados de biomarcadores T2 (≥ 150 eosinófilos/ μL o FeNO ≥ 25 ppb). Este análisis post hoc evaluó la eficacia de dupilumab en pacientes sensibilizados a uno o más aeroalérgenos (en población global y en pacientes con niveles elevados de biomarcadores T2).

Material y métodos: El fenotipo alérgico se definió como un nivel basal de IgE en suero ≥ 30 IU/mL e IgE específico $\geq 0,35$ IU/mL frente a uno (monosensibilizado) o >1 (polisensibilizado) aeroalérgenos perennes. Se evaluaron las tasas de exacerbación anualizada ajustada (TEA) durante 52 semanas y el cambio medio de mínimos cuadrados (MC) en el FEV1 prebroncodilatador en las semanas 12 y 52 frente al nivel basal, en pacientes monosensibilizados o polisensibilizados en la población global y en pacientes con asma T2.

Resultados: El dupilumab redujo la TEA significativamente en pacientes monosensibilizados (reducción de riesgo relativo [RRR] -42%, $p < 0,01$ en población global; y de -40%, $p < 0,05$ en pacientes T2) y polisensibilizados (RRR: -41% en población global y RRR: -51% en T2, $p < 0,0001$ en ambas poblaciones). El FEV1 mejoró significativamente en la semana 12 y en la semana 52, en todos los grupos analizados, con un cambio medio de MC en la semana 12 de 0,12 litros (L) en población global monosensibilizada, de 0,12 L en población T2 monosensibilizada, 0,15 L en población global polisensibilizada y 0,17 L en población T2 polisensibilizada. A las 52 semanas el cambio medio de MC es de 0,19 L en población global monosensibilizada, 0,19 L en población T2 monosensibilizada, 0,16 L en población global polisensibilizada y de 0,18 L en población T2 polisensibilizada (tabla).

Tabla. Cambio respecto al nivel basal del FEV1, prebroncodilatador en la semana 12 y la semana 52 en pacientes monosensibilizados o polisensibilizados en la población global y en pacientes con asma de T2.

	MONOSENSIBILIZADOS		POLISENSIBILIZADOS	
	Población global n = 311	Población de T2 n = 254	Población global n = 772	Población de T2 n = 631
Semana 12				
Cambio medio del MC diferencia vs placebo (IC 95%)	0,12 (0,03-0,21)	0,12 (0,03-0,22)	0,15 (0,09-0,21)	0,17 (0,10-0,24)
p	P<0,01	P<0,05	P<0,0001	P<0,0001
Semana 52				
Cambio medio del MC diferencia vs placebo (IC 95%)	0,19 (0,09-0,28)	0,19 (0,09-0,30)	0,16 (0,09-0,23)	0,18 (0,11-0,26)
p	P<0,001	P<0,001	P<0,0001	P<0,0001

IC = intervalo de confianza; MC = mínimos cuadrados.

Conclusiones: El dupilumab redujo significativamente las exacerbaciones graves y mejoró el FEV1 prebroncodilatador, independientemente del número de sensibilizaciones a aeroalérgenos en pacientes con asma moderada-grave.

307. MEJORÍA PERCIBIDA POR LOS ASMÁTICOS GRAVES TRAS UN AÑO DE TRATAMIENTO CON BENRALIZUMAB: ¿EN QUÉ DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA?

E. Ballesteros Vázquez, L. Dahmazi, A. Sánchez Vera, E. Lillo González, M. Acosta Dávila y E. Martínez Moragón

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

Introducción: La medición de los resultados en salud percibidos por los pacientes es relevante para conocer los beneficios derivados de la atención y los tratamientos recibidos. En el presente trabajo analizamos si los cambios en la calidad de vida en nuestra población de pa-

	VISITA INICIAL		VISITA AL AÑO		P VALOR	DIFERENCIA
	\bar{x}	S	\bar{x}	S		
ACT	11,59	$\pm 3,91$	18,94	$\pm 5,42$	0,000	7,35
AQLQ	3,5	$\pm 1,19$	4,88	$\pm 1,44$	0,000	1,38
AQLQ (Ambiental)	4,29	$\pm 1,83$	4,47	$\pm 2,04$	0,502	0,18
AQLQ (Síntomas)	3,75	$\pm 1,49$	5,28	$\pm 1,59$	0,000	1,53
AQLQ (Limitación actividad)	3,31	$\pm 1,72$	4,43	$\pm 1,91$	0,000	1,12
AQLQ (Emocional)	3,43	$\pm 1,77$	4,99	$\pm 1,85$	0,000	1,56
Exacerbaciones/año	3,17	$\pm 3,23$	0,33	$\pm 0,57$	0,000	-2,84
FEV1 (L)	1,84	$\pm 0,9$	2,07	$\pm 1,03$	0,001	0,23

Evolución al año de tratamiento con benralizumab.

cientes con asma grave eosinofílica tras un año de la adición de benralizumab se producen de forma similar en todas las dimensiones.

Material y métodos: Para realizar el estudio se recogieron, además de variables clínicas y funcionales, las puntuaciones del cuestionario de control ACT y de calidad de vida de miniAQLQ de Juniper. En este último se valoran 4 dimensiones: síntomas (5 ítems), limitación de actividades (4 ítems), función emocional (3 ítems) y estímulos ambientales (3 ítems); una modificación $> 0,5$ puntos se considera un cambio mínimamente relevante, > 1 punto cambio moderado y $> 1,5$ puntos cambio grande.

Resultados: De una muestra de 39 pacientes, 23 eran mujeres (59%) con una edad media de 58 ± 11 años. La puntuación del mini-AQLQ mejoró al año con una diferencia media de $1,37 \pm 1$ puntos. El cambio en las dimensiones del cuestionario fue de $1,53 \pm 1,28$ en síntomas, $1,12 \pm 1$ en limitación de actividades, $1,56 \pm 1,6$ en función emocional y $0,18 \pm 1,45$ en estímulos ambientales. La prueba t de muestras emparejadas nos mostró cambios significativos en el ACT, reducción de exacerbaciones, función pulmonar, AQLQ global y en 3 de sus dimensiones (síntomas, actividades, emociones). El incremento en la calidad de vida no se correlacionó significativamente en ninguna de sus dimensiones (Spearman) con las mejorías conseguidas al año en función pulmonar ni en reducción de exacerbaciones, pero sí con la mejoría en el ACT ($r: 0,540$, $p = 0,001$).

Conclusiones: En nuestra práctica clínica habitual estamos viendo grandes mejorías de la calidad de vida de los pacientes tratados con benralizumab especialmente en las dimensiones de síntomas y función emocional (miedo, preocupación o frustración). Destacamos los pocos beneficios en cuanto a molestias frente a los estímulos ambientales (polvo, humo del tabaco y contaminación atmosférica).

186. NIVEL DE SATISFACCIÓN EN PACIENTES CON ASMA GRAVE CON TRATAMIENTO MONOCLONAL INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE SOPORTE

M.C. Sánchez Fernández, E. Sánchez Guerra y T. Israel Moreno

Hospital Clínic, Barcelona, España.

Introducción: El asma es una enfermedad obstructiva crónica con una prevalencia de global, incluyendo niños y adultos, de entre el 1-16% de la población dependiendo de los diferentes países, en la que cobra vital importancia la educación y la adhesión terapéutica, ya que se ha constatado que una pobre adhesión está relacionada con mayor número de exacerbaciones, ingresos hospitalarios y uso de medicación conllevando a una peor calidad de vida de los pacientes y aumento del gasto sanitario. Existen programas de soporte a pacientes (PSP) que complementan el proceso educativo iniciado a los pacientes en el hospital, ayudan a controlar mejor su enfermedad y regímenes complejos de medicamentos, mejorar la adherencia a los mismos reduciendo complicaciones y los costos relacionados. El ob-

jetivo fue determinar si los pacientes con asma grave no controlado, del Hospital Clínic de Barcelona, enrolados en el programa de soporte de benralizumab recomendaban el uso de dicho programa.

Material y métodos: Estudio descriptivo cuya población diana son los pacientes asmáticos graves no controlados, del Hospital Clínic de Barcelona, en tratamiento con benralizumab, a los cuales se les ofrece la posibilidad de enrolarse en el programa de soporte que ofrece el laboratorio del fármaco, desde septiembre 2019 a diciembre 2021. El programa de soporte realiza una encuesta de satisfacción cada 6 meses a los pacientes enrolados, en el cual se le pregunta al paciente si recomendaría el programa de soporte a otros pacientes, puntuando del 1-10 (donde el 1 representa que el paciente no está satisfecho con el programa y no lo recomienda y el 10 el paciente está muy satisfecho con el programa y lo recomendaría a otros pacientes).

Resultados: Se estudiaron un total de 17 pacientes (82% mujeres) con una edad de 59 ± 11 años. El 75% de los pacientes enrolados recomendaron a otros pacientes con una puntuación del 9-10 y el 25% restante recomendaron el programa a otros pacientes con una puntuación del 7-8).

Conclusiones: Los pacientes con asma grave no controlado del Hospital Clínic de Barcelona recomiendan a otros pacientes el uso de programas de soporte, para el seguimiento de su enfermedad.

578. PÉRDIDA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INHALADOR DE BASE EN PACIENTES CON ASMA EOSINOFÍLICA REFRACTARIA GRAVE TRAS INICIAR UN BIOLÓGICO ANTI-IL 5

A. González Hernández, C. Puchaes Manchón, M.A. Díaz Santos, E. Sánchez Gómez, M.D. Santos Rubio y A. Pereira Vega

Servicio de Neumología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

Introducción: La demostrada eficacia del tratamiento biológico anti-IL 5 en pacientes con asma eosinofílica refractaria grave (AERG), no exige de mantener la terapia inhalada.

Objetivos: Determinar el grado de adherencia al tratamiento inhalador de base, en pacientes con AERG, tras el inicio del tratamiento con un fármaco anti-IL 5.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, realizado en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva. Se identificaron a los pacientes tratados con un fármaco anti-IL-5 para el AERG, a través de los registros propios de dispensación a pacientes externos (ATHOS-PRISMA 2.0). Se cuantificó la adherencia al tratamiento inhalador a través de las dispensaciones registradas de forma ambulante en el módulo receta XXI de DIRAYA. Se consideró no adherentes, los pacientes con < 85% del cociente: días con medicación retirada/días totales. Las variables clínicas se obtuvieron de la historia clínica digital.

Resultados: Se identificaron un total de 67 pacientes: 36 con benralizumab (B) y 31 con mepolizumab (M). Tras 4 meses de seguimiento, se convirtieron en no adherentes 16 (23,9%), 10 pacientes con B (27,8%) y 6 con M (19,4%). En los 16 no adherentes, el valor del TAI (test de adhesión a inhaladores) a los meses del inicio del biológico, mostró una adherencia intermedia (46-49 puntos) en 3 casos (18,75%) y una buena adherencia (50 puntos) en 13 (81,25%). El valor del ACT (Test de control del asma) mostró un asma controlada en 9 pacientes (56,25%), parcialmente controlada 3 (18,75%), y no controlada en 4 (25%). Encontramos dos subgrupos en los pacientes no adherentes: uno con una adherencia discontinua y otro en el que se suspendió de forma definitiva el tratamiento inhalador tras una media de 3,7 meses del inicio del biológico. Se observó una no adherencia completa en 13 pacientes (81,25%) frente a una ausencia de adherencia a uno de los inhaladores en 3 (18,75%).

Conclusiones: Un alto porcentaje de pacientes con AERG abandona el tratamiento inhalador de base tras el inicio de un fármaco biológico anti-IL 5, incluso los previamente adherentes. El TAI puede inducir a decisiones clínicas erróneas por crear la falsa sensación de seguridad

de una adherencia cierta. El beneficio clínico de los biológicos anti-IL 5 es tal, que permite a un alto porcentaje de pacientes mantener el control del asma pese a la falta de adherencia al tratamiento inhalador de base.

17. PERFIL DE PACIENTES QUE CAMBIARON DE OMALIZUMAB A MEPOLIZUMAB POR FALTA DE RESPUESTA

V. Esteban Ronda, E. Chiner Vives, I. Boira Enrique, S. Vañes Baños, J.N. Sancho Chust, C. Castelló Faus, E. Pastor Esplá, C. Celis Pereira, A. Torba Kordyukova, M.Á. Bernabeu Martínez, M.T. Aznar Saliente y J.M. Arriero Marín

Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante, España.

Introducción: Analizamos los pacientes con asma grave no controlado (AGNC) que habían recibido previamente omalizumab y cambiaron a mepolizumab por mala respuesta clínica.

Material y métodos: Comparamos edad, IMC, género, fenotipo, comorbilidad, niveles de IgE y eosinófilos, grado de control (ACT), ingresos, visitas a urgencias, medicación de mantenimiento, poliposis, enfermedad respiratoria exacerbada por aspirina (EREA) y toma de esteroides entre pacientes procedentes de omalizumab y en los que se indicó directamente mepolizumab.

Resultados: Del total de 51 pacientes que iniciaron mepolizumab, 33 (65%) habían recibido previamente omalizumab con mala respuesta clínica. No existieron diferencias en edad (59 ± 13 vs. 56 ± 13) ni en género (mujeres 76% vs. 67%) ni en IMC (26 ± 4 vs. 26 ± 4). Más pacientes de omalizumab tenían fenotipo alérgico ($p < 0,05$), mayores niveles de IgE (371 ± 447 vs. 138 ± 123 $p < 0,05$) sin diferencias en eosinófilos (820 ± 1055 vs. 677 ± 498). No existieron diferencias en función pulmonar ($FEV1\% 77 \pm 23$ vs. 74 ± 21) ni en comorbilidad (58%vs72%). Los pacientes de omalizumab presentaban más RAST positivos ($p < 0,05$) y más rinitis ($p < 0,05$) sin diferencias en tabaquismo (18 vs. 6%), poliposis nasal (27 vs. 50%), anosmia-hiposmia (30% vs. 33%), dermatitis atópica (61 vs. 72%), alergia alimentaria (24% vs. 28%) y tendencia a más EREA (77 vs. 23%, $p < 0,1$). No hubo diferencias en medicación de mantenimiento, pero la proporción de corticodependientes fue inferior en el grupo de omalizumab ($p < 0,05$). No hubo diferencias en ingresos hospitalarios en el año previo, ni visitas a urgencias, pero recibieron menos ciclos de esteroides orales (58 vs. 89%, $p < 0,05$), menor porcentaje de esteroides de mantenimiento (27 vs. 56%, $p < 0,05$) y diferencias en ACT (13 ± 1 vs. 12 ± 2 $p < 0,05$).

Conclusiones: Los pacientes procedentes de omalizumab que cambiaron a mepolizumab son adultos de predominio femenino, con fenotipo alérgico, aunque con elevado componente eosinofílico, poliposis y ARES que permanecían mal controlados con el tratamiento previo.

552. PREVALENCIA DEL CDEVA Y FACTORES ASOCIADOS A SU PRESENCIA EN PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL GRAVE

A.J. Solis Solis¹, F. Andreo García¹, P. Serra Mitja¹, A. Crespo Lessmann², A. Torrego Fernández², D. Ramos Barbón², T. Zapata Comas¹, I. Alfaya Fiaño¹, I. García Olivé¹, V. Plaza Moral², A. Rosell Gratacós¹, J. Abad Capa¹ y C. Martínez Rivera¹

¹Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción: El colapso dinámico excesivo de la vía aérea (CDEVA) está poco estudiado en el asma bronquial, así como los factores implicados en su aparición. El objetivo fue determinar la prevalencia de esta entidad en asma grave y cuáles son los factores asociados a su aparición.

Material y métodos: Se realizó fibrobroncoscopia a 20 pacientes con asma grave en los servicios de Neumología del Hospital de Sant Pau y Germans Trias i Pujol. Se recogieron datos demográficos, antropométricos, cuestionarios de síntomas y calidad de vida (ACT, AQLQ), tratamiento, exacerbaciones del año previo, función pulmonar y datos de laboratorio. Se realizó catéter telescópado y BAL para cultivo microbiológico y recuento celular. En 11 pacientes se ha calculado el grado de colapso mediante el programa imageJ y se ha considerado CDEVA cuando la diferencia de diámetro entre inspiración y espiración fue > 50% en una o más de las siguientes localizaciones: tráquea, bronquio principal derecho (BPD), bronquio principal izquierdo (BPI); el resto se calculó por observación e informe del broncoscopista. Se evaluaron dichos datos en función de si los pacientes presentaban CDEVA o no. Se recibió financiamiento de FUCAP.

Resultados: Un 35% (7/20) de nuestros asmáticos graves tienen CDEVA. Un paciente tenía traqueobroncomalacia (TBM). La localización más frecuente fue en uno de los bronquios principales (5 pacientes). Los pacientes con CDEVA son de mayor edad, peor función pulmonar, tienen más neutrofilia en BAL y están colonizados por alguna bacteria potencialmente patógena (BPP), especialmente por *Haemophilus*. Tenían más IMC, pero no estadísticamente significativo. No se vieron diferencias en síntomas, exacerbaciones ni tratamiento previo (tabla).

	CDEVA (7)	No CDEVA (13)	p
Edad años	66,5 (10)	51,5 (17)	0,046
IMC	27,6 (6)	31,3(7)	0,183
Tabaquismo%	28,6	15,4	0,482
Obesidad %	57	23	0,128
Prick test + %	57	77	0,357
Exacerbaciones	3,5 (2,6)	2,8 (1,8)	0,536
Budesonida mcgg	1600 (800)	1504 (517)	0,817
Corticoides sistémicos %	14	23	0,639
ACT	14 (4,5)	16,9 (6,4)	0,393
FEV1 litros	1,37 (0,77)	2,26 (1)	0,030
FEV1 %	55,3 (12)	72,7 (18)	0,030
Eosinófilos serumcel/mm3	244 (308)	319 (328)	0,351
BAL neutrofilos %	29,5 (21)	3,5 (2,2)	0,036
BAL eosinófilos %	4,7 (8)	0,9 (1,3)	0,733
Col <i>haemophilus</i> %	50	8,3	0,045
Col BPP %	66,7	8,3	0,002

Conclusiones: El CDEVA es una entidad prevalente en el asma bronquial grave. La colonización bronquial por alguna BPP se asocia, entre otros factores, a la colapsabilidad en la vía aérea en estos pacientes. Es necesario realizar estudios más amplios para confirmar los hallazgos, así como para determinar otros factores que puedan estar implicados.

593. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL INGRESADOS POR COVID-19 DURANTE LAS 3 PRIMERAS OLAS

I.M. Domínguez Zabaleta¹, C. Rico Pérez², Z. Ji¹, W.I. Girón Matute¹, G. Manzanares Cavin¹, M. Mor Martínez¹, C. Sánchez Fernández¹, C.A. Correa Gutiérrez¹, G. Sánchez Muñoz¹, L. Puente Maestu¹ y J. de Miguel Díez¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

²Facultad de Medicina Universidad Complutense, Madrid, España.

Introducción: El asma bronquial es una de las enfermedades respiratorias crónicas más frecuente. Existe mucha variabilidad de los datos en relación a la COVID-19 en este tipo de pacientes. Nuestro objetivo es analizar la prevalencia y características de los pacientes asmáticos ingresados por COVID-19 durante las 3 primeras olas.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, llevado a cabo en condiciones de práctica clínica habitual de los pacientes con

asma bronquial ingresados por COVID-19 durante las tres primeras olas (marzo 2020-marzo 2021) en nuestro centro. Se recogieron los datos sociodemográficos, en relación al asma bronquial y al ingreso por COVID-19.

Resultados: De un total de 6.379 pacientes ingresados por COVID-19 en este periodo, 106 tenían asma bronquial, lo que sitúa la prevalencia en un 1,66%. Características de estos pacientes: edad media 62 ± 17 años, mujeres 68 (64,2%), sin historia de tabaquismo 84%, solo un fumador activo en la actualidad (0,9%). IMC medio de 30,6 ± 6,7kg/m², comorbilidad cardiovascular 48,1%, e índice de Charlson mediano 2 puntos (1-8). Disnea grado 1 de la escala mMRC en el 55,7%, 17,9% con obstrucción espirométrica, 80,2% en tratamiento con LABA/ICS, número mediano de exacerbaciones en el último año 0 (0-4). Al ingreso el 67,3% presentaba neumonía bilateral y el 17,3% unilateral. Un 18,9% evolucionó a SDRA durante su estancia hospitalaria, requiriendo oxígeno en reservorio y además OCNaf en el 40%, CPAP en el 15% y BiPAP en el 15%. Un 3,8% de los pacientes ingresó en UCI y requirió VMI. El 64,8% de los pacientes recibió corticoides sistémicos. Durante el ingreso el 21,7% tuvo complicaciones (6,6% afectación gastrointestinal, afectación cardíaca 4,7%, sobreinfección bacteriana 5,1%). El 8,5% falleció durante el ingreso y el 1% en los 60 primeros días tras el alta, por cualquier causa. La mediana de tiempo de hospitalización fue de 9 días (2-56).

Conclusiones: La prevalencia de pacientes asmáticos ingresados por COVID-19 durante las 3 primeras olas fue de un 1,66%. La mayoría de ellos presentó obesidad o sobrepeso junto con comorbilidades cardiovasculares, con un asma bien controlada sin exacerbaciones previas. Durante el ingreso un cuarto de ellos presentó complicaciones y un 18,9% desarrolló SDRA, precisando de oxigenoterapia con reservorio ± OCNaf/CPAP/BiPAP. Un pequeño porcentaje ingresó en UCI con VMI. La mortalidad intrahospitalaria fue elevada.

Esta investigación ha contado con la colaboración de AstraZeneca farmacéutica Spain S.A.

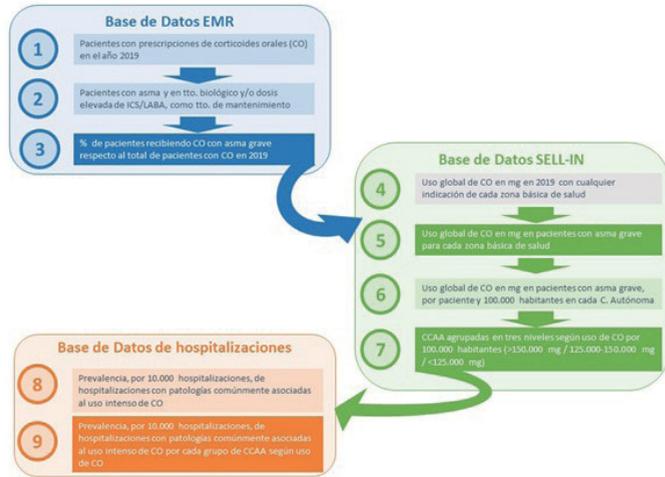
262. PREVALENCIA Y COSTES DE LAS HOSPITALIZACIONES CON PATOLOGÍAS ASOCIADAS A CORTICOIDES ORALES SEGÚN SU NIVEL DE CONSUMO EN PACIENTES CON ASMA GRAVE EN LAS DIFERENTES CCAA

C. Almonacid Sánchez^{1,2}, E. Funenga Fitas³, J. Sánchez-Covisa Hernández³, C. Torres González³, M. Soler⁴ y P. Rebollo Álvarez⁴

¹Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España. ²Universidad de Medicina de Castilla La Mancha, Toledo, España. ³AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A, Madrid, España. ⁴IQVIA, Madrid, España.

Introducción: Las guías recientes sobre manejo de pacientes con asma recomiendan limitar el uso de corticoides orales (CO) y usar tratamientos alternativos. Sin embargo, el uso repetido de CO en ciclos y en mantenimiento de pacientes con asma grave, que se mantiene en algunas zonas de España, provoca efectos adversos que pueden derivar en hospitalizaciones y aumentar el coste de la atención médica. El objetivo del estudio fue describir la carga clínica y económica a nivel hospitalario de los efectos adversos comúnmente asociados al uso de CO.

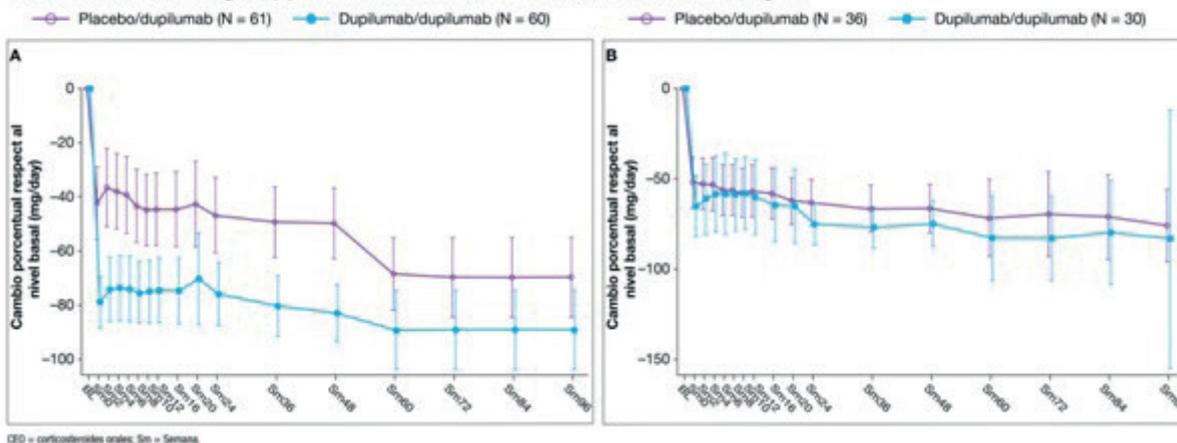
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo (2019) en España utilizando tres bases de datos (BD) (fig.): 1) BD longitudinal de pacientes (EMR), basada en historia clínica informatizada de un millón de pacientes; 2) BD de consumos farmacológicos en áreas básicas de salud (Sell-In); 3) BD de hospitalizaciones, con información de más de 150 hospitales del Sistema Nacional de Salud Español (SNS). Con EMR, se estimó el porcentaje de prescripciones de CO que correspondía a pacientes con asma grave. Este porcentaje se trasladó a los consumos totales de CO de cada área básica (Sell-In), las cuales se agruparon en comunidades autónomas (CCAA), y se estimó la me-



ila 1. Patologías asociadas al uso de corticoides orales (CO) por 10.000 hospitalizaciones, en regiones con elevado uso vs bajo uso, y el coste asociado por 10.000 hospitalizaciones.

Patología	Código ICD-10-ES	Total N	Bajo uso de CO ⁽¹⁾		Elevado uso de CO ⁽²⁾	
			N	Coste hospitalario total asociado ⁽²⁾	N	Coste hospitalario total asociado ⁽²⁾
Interacciones metabolismo glucosa (reversible)	E09	10,58	15,36	72.916,8	8,75	41.547,7
Intención de líquidos	R60.9	5,02	4,83	22.900,8	6,90	32.750,0
peritonitis	I10.*	2.360,66	2.342,32	11.116.668,6	2.492,30	11.828.432,9
percolesterolemia	E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5	1.727,61	1.756,92	8.338.356,3	1.822,85	8.651.227,0
enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca	I21.*, I50.*	783,92	792,92	3.763.205,8	841,72	3.994.821,3
insuficiencia cerebrovascular aguda	I63.*, I65.*	226,42	222,88	1.057.810,2	245,27	1.154.537,5
insuficiencia renal crónica	I12.0, I12.9, I13, I13.0, I13.1, I13.10, I13.11, I13.2, N18, N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.6, N18.9	706,19	652,45	3.096.538,1	820,17	3.892.541,3
gastroenteritis	K25.*, K26.*, K27.*, K28.*	64,76	62,90	298.505,6	70,31	333.686,9
enfermedad del tracto gastrointestinal	I85.01, I85.11, K22.11, K22.8, K25.0, K25.2, K25.4, K25.6, K26.0, K26.2, K26.4, K26.6, K27.0, K27.2, K27.4, K27.6, K28.0, K28.2, K28.4, K28.6, K29.01, K29.21, K29.3, K29.41, K29.51, K29.61, K29.71, K29.81, K29.91, K30.01, K30.11, K30.21, K30.31, K30.41, K30.51, K30.61, K30.71, K30.81, K30.91, K31.01, K31.11, K31.21, K31.31, K31.41, K31.51, K31.61, K31.71, K31.81, K31.91, K32.01, K32.11, K32.21, K32.31, K32.41, K32.51, K32.61, K32.71, K32.81, K32.91, K33.01, K33.11, K33.21, K33.31, K33.41, K33.51, K33.61, K33.71, K33.81, K33.91, K34.01, K34.11, K34.21, K34.31, K34.41, K34.51, K34.61, K34.71, K34.81, K34.91, K35.01, K35.11, K35.21, K35.31, K35.41, K35.51, K35.61, K35.71, K35.81, K35.91, K36.01, K36.11, K36.21, K36.31, K36.41, K36.51, K36.61, K36.71, K36.81, K36.91, K37.01, K37.11, K37.21, K37.31, K37.41, K37.51, K37.61, K37.71, K37.81, K37.91, K38.01, K38.11, K38.21, K38.31, K38.41, K38.51, K38.61, K38.71, K38.81, K38.91, K39.01, K39.11, K39.21, K39.31, K39.41, K39.51, K39.61, K39.71, K39.81, K39.91, K40.01, K40.11, K40.21, K40.31, K40.41, K40.51, K40.61, K40.71, K40.81, K40.91, K41.01, K41.11, K41.21, K41.31, K41.41, K41.51, K41.61, K41.71, K41.81, K41.91, K42.01, K42.11, K42.21, K42.31, K42.41, K42.51, K42.61, K42.71, K42.81, K42.91, K43.01, K43.11, K43.21, K43.31, K43.41, K43.51, K43.61, K43.71, K43.81, K43.91, K44.01, K44.11, K44.21, K44.31, K44.41, K44.51, K44.61, K44.71, K44.81, K44.91, K45.01, K45.11, K45.21, K45.31, K45.41, K45.51, K45.61, K45.71, K45.81, K45.91, K46.01, K46.11, K46.21, K46.31, K46.41, K46.51, K46.61, K46.71, K46.81, K46.91, K47.01, K47.11, K47.21, K47.31, K47.41, K47.51, K47.61, K47.71, K47.81, K47.91, K48.01, K48.11, K48.21, K48.31, K48.41, K48.51, K48.61, K48.71, K48.81, K48.91, K49.01, K49.11, K49.21, K49.31, K49.41, K49.51, K49.61, K49.71, K49.81, K49.91, K50.01, K50.11, K50.21, K50.31, K50.41, K50.51, K50.61, K50.71, K50.81, K50.91, K51.01, K51.11, K51.21, K51.31, K51.41, K51.51, K51.61, K51.71, K51.81, K51.91, K52.01, K52.11, K52.21, K52.31, K52.41, K52.51, K52.61, K52.71, K52.81, K52.91, K53.01, K53.11, K53.21, K53.31, K53.41, K53.51, K53.61, K53.71, K53.81, K53.91, K54.01, K54.11, K54.21, K54.31, K54.41, K54.51, K54.61, K54.71, K54.81, K54.91, K55.01, K55.11, K55.21, K55.31, K55.41, K55.51, K55.61, K55.71, K55.81, K55.91, K56.01, K56.11, K56.21, K56.31, K56.41, K56.51, K56.61, K56.71, K56.81, K56.91, K57.01, K57.11, K57.21, K57.31, K57.41, K57.51, K57.61, K57.71, K57.81, K57.91, K58.01, K58.11, K58.21, K58.31, K58.41, K58.51, K58.61, K58.71, K58.81, K58.91, K59.01, K59.11, K59.21, K59.31, K59.41, K59.51, K59.61, K59.71, K59.81, K59.91, K60.01, K60.11, K60.21, K60.31, K60.41, K60.51, K60.61, K60.71, K60.81, K60.91, K61.01, K61.11, K61.21, K61.31, K61.41, K61.51, K61.61, K61.71, K61.81, K61.91, K62.01, K62.11, K62.21, K62.31, K62.41, K62.51, K62.61, K62.71, K62.81, K62.91, K63.01, K63.11, K63.21, K63.31, K63.41, K63.51, K63.61, K63.71, K63.81, K63.91, K64.01, K64.11, K64.21, K64.31, K64.41, K64.51, K64.61, K64.71, K64.81, K64.91, K65.01, K65.11, K65.21, K65.31, K65.41, K65.51, K65.61, K65.71, K65.81, K65.91, K66.01, K66.11, K66.21, K66.31, K66.41, K66.51, K66.61, K66.71, K66.81, K66.91, K67.01, K67.11, K67.21, K67.31, K67.41, K67.51, K67.61, K67.71, K67.81, K67.91, K68.01, K68.11, K68.21, K68.31, K68.41, K68.51, K68.61, K68.71, K68.81, K68.91, K69.01, K69.11, K69.21, K69.31, K69.41, K69.51, K69.61, K69.71, K69.81, K69.91, K70.01, K70.11, K70.21, K70.31, K70.41, K70.51, K70.61, K70.71, K70.81, K70.91, K71.01, K71.11, K71.21, K71.31, K71.41, K71.51, K71.61, K71.71, K71.81, K71.91, K72.01, K72.11, K72.21, K72.31, K72.41, K72.51, K72.61, K72.71, K72.81, K72.91, K73.01, K73.11, K73.21, K73.31, K73.41, K73.51, K73.61, K73.71, K73.81, K73.91, K74.01, K74.11, K74.21, K74.31, K74.41, K74.51, K74.61, K74.71, K74.81, K74.91, K75.01, K75.11, K75.21, K75.31, K75.41, K75.51, K75.61, K75.71, K75.81, K75.91, K76.01, K76.11, K76.21, K76.31, K76.41, K76.51, K76.61, K76.71, K76.81, K76.91, K77.01, K77.11, K77.21, K77.31, K77.41, K77.51, K77.61, K77.71, K77.81, K77.91, K78.01, K78.11, K78.21, K78.31, K78.41, K78.51, K78.61, K78.71, K78.81, K78.91, K79.01, K79.11, K79.21, K79.31, K79.41, K79.51, K79.61, K79.71, K79.81, K79.91, K80.01, K80.11, K80.21, K80.31, K80.41, K80.51, K80.61, K80.71, K80.81, K80.91, K81.01, K81.11, K81.21, K81.31, K81.41, K81.51, K81.61, K81.71, K81.81, K81.91, K82.01, K82.11, K82.21, K82.31, K82.41, K82.51, K82.61, K82.71, K82.81, K82.91, K83.01, K83.11, K83.21, K83.31, K83.41, K83.51, K83.61, K83.71, K83.81, K83.91, K84.01, K84.11, K84.21, K84.31, K84.41, K84.51, K84.61, K84.71, K84.81, K84.91, K85.01, K85.11, K85.21, K85.31, K85.41, K85.51, K85.61, K85.71, K85.81, K85.91, K86.01, K86.11, K86.21, K86.31, K86.41, K86.51, K86.61, K86.71, K86.81, K86.91, K87.01, K87.11, K87.21, K87.31, K87.41, K87.51, K87.61, K87.71, K87.81, K87.91, K88.01, K88.11, K88.21, K88.31, K88.41, K88.51, K88.61, K88.71, K88.81, K88.91, K89.01, K89.11, K89.21, K89.31, K89.41, K89.51, K89.61, K89.71, K89.81, K89.91, K90.01, K90.11, K90.21, K90.31, K90.41, K90.51, K90.61, K90.71, K90.81, K90.91, K91.01, K91.11, K91.21, K91.31, K91.41, K91.51, K91.61, K91.71, K91.81, K91.91, K92.01, K92.11, K92.21, K92.31, K92.41, K92.51, K92.61, K92.71, K92.81, K92.91, K93.01, K93.11, K93.21, K93.31, K93.41, K93.51, K93.61, K93.71, K93.81, K93.91, K94.01, K94.11, K94.21, K94.31, K94.41, K94.51, K94.61, K94.71, K94.81, K94.91, K95.01, K95.11, K95.21, K95.31, K95.41, K95.51, K95.61, K95.71, K95.81, K95.91, K96.01, K96.11, K96.21, K96.31, K96.41, K96.51, K96.61, K96.71, K96.81, K96.91, K97.01, K97.11, K97.21, K97.31, K97.41, K97.51, K97.61, K97.71, K97.81, K97.91, K98.01, K98.11, K98.21, K98.31, K98.41, K98.51, K98.61, K98.71, K98.81, K98.91, K99.01, K99.11, K99.21, K99.31, K99.41, K99.51, K99.61, K99.71, K99.81, K99.91, R00.01, R00.11, R00.21, R00.31, R00.41, R00.51, R00.61, R00.71, R00.81, R00.91, R01.01, R01.11, R01.21, R01.31, R01.41, R01.51, R01.61, R01.71, R01.81, R01.91, R02.01, R02.11, R02.21, R02.31, R02.41, R02.51, R02.61, R02.71, R02.81, R02.91, R03.01, R03.11, R03.21, R03.31, R03.41, R03.51, R03.61, R03.71, R03.81, R03.91, R04.01, R04.11, R04.21, R04.31, R04.41, R04.51, R04.61, R04.71, R04.81, R04.91, R05.01, R05.11, R05.21, R05.31, R05.41, R05.51, R05.61, R05.71, R05.81, R05.91, R06.01, R06.11, R06.21, R06.31, R06.41, R06.51, R06.61, R06.71, R06.81, R06.91, R07.01, R07.11, R07.21, R07.31, R07.41, R07.51, R07.61, R07.71, R07.81, R07.91, R08.01, R08.11, R08.21, R08.31, R08.41, R08.51, R08.61, R08.71, R08.81, R08.91, R09.01, R09.11, R09.21, R09.31, R09.41, R09.51, R09.61, R09.71, R09.81, R09.91, R10.01, R10.11, R10.21, R10.31, R10.41, R10.51, R10.61, R10.71, R10.81, R10.91, R11.01, R11.11, R11.21, R11.31, R11.41, R11.51, R11.61, R11.71, R11.81, R11.91, R12.01, R12.11, R12.21, R12.31, R12.41, R12.51, R12.61, R12.71, R12.81, R12.91, R13.01, R13.11, R13.21, R13.31, R13.41, R13.51, R13.61, R13.71, R13.81, R13.91, R14.01, R14.11, R14.21, R14.31, R14.41, R14.51, R14.61, R14.71, R14.81, R14.91, R15.01, R15.11, R15.21, R15.31, R15.41, R15.51, R15.61, R15.71, R15.81, R15.91, R16.01, R16.11, R16.21, R16.31, R16.41, R16.51, R16.61, R16.71, R16.81, R16.91, R17.01, R17.11, R17.21, R17.31, R17.41, R17.51, R17.61, R17.71, R17.81, R17.91, R18.01, R18.11, R18.21, R18.31, R18.41, R18.51, R18.61, R18.71, R18.81, R18.91, R19.01, R19.11, R19.21, R19.31, R19.41, R19.51, R19.61, R19.71, R19.81, R19.91, R20.01, R20.11, R20.21, R20.31, R20.41, R20.51, R20.61, R20.71, R20.81, R20.91, R21.01, R21.11, R21.21, R21.31, R21.41, R21.51, R21.61, R21.71, R21.81, R21.91, R22.01, R22.11, R22.21, R22.31, R22.41, R22.51, R22.61, R22.71, R22.81, R22.91, R23.01, R23.11, R23.21, R23.31, R23.41, R23.51, R23.61, R23.71, R23.81, R23.91, R24.01, R24.11, R24.21, R24.31, R24.41, R24.51, R24.61, R24.71, R24.81, R24.91, R25.01, R25.11, R25.21, R25.31, R25.41, R25.51, R25.61, R25.71, R25.81, R25.91, R26.01, R26.11, R26.21, R26.31, R26.41, R26.51, R26.61, R26.71, R26.81, R26.91, R27.01, R27.11, R27.21, R27.31, R27.41, R27.51, R27.61, R27.71, R27.81, R27.91, R28.01, R28.11, R28.21, R28.31, R28.41, R28.51, R28.61, R28.71, R28.81, R28.91, R29.01, R29.11, R29.21, R29.31, R29.41, R29.51, R29.61, R29.71, R29.81, R29.91, R30.01, R30.11, R30.21, R30.31, R30.41, R30.51, R30.61, R30.71, R30.81, R30.91, R31.01, R31.11, R31.21, R31.31, R31.41, R31.51, R31.61, R31.71, R31.81, R31.91, R32.01, R32.11, R32.21, R32.31, R32.41, R32.51, R32.61, R32.71, R32.81, R32.91, R33.01, R33.11, R33.21, R33.31, R33.41, R33.51, R33.61, R33.71, R33.81, R33.91, R34.01, R34.11, R34.21, R34.31, R34.41, R34.51, R34.61, R34.71, R34.81, R34.91, R35.01, R35.11, R35.21, R35.31, R35.41, R35.51, R35.61, R35.71, R35.81, R35.91, R36.01, R36.11, R36.21, R36.31, R36.41, R36.51, R36.61, R36.71, R36.81, R36.91, R37.01, R37.11, R37.21, R37.31, R37.41, R37.51, R37.61, R37.71, R37.81, R37.91, R38.01, R38.11, R38.21, R38.31, R38.41, R38.51, R38.61, R38.71, R38.81, R38.91, R39.01, R39.11, R39.21, R39.31, R39.41, R39.51, R39.61, R39.71, R39.81, R39.91, R40.01, R40.11, R40.21, R40.31, R40.41, R40.51, R40.61, R40.71, R40.81, R40.91, R41.01, R41.11, R41.21, R41.31, R41.41, R41.51, R41.61, R41.71, R41.81, R41.91, R42.01, R42.11, R42.21, R42.31, R42.41, R42.51, R42.61, R42.71, R42.81, R42.91, R43.01, R43.11, R43.21, R43.31, R43.41, R43.51, R43.61, R43.71, R43.81, R43.91, R44.01, R44.11, R44.21, R44.31, R44.41, R44.51, R44.61, R44.71, R44.81, R44.91, R45.01, R45.11, R45.21, R45.31, R45.41, R45.51, R45.61, R45.71, R45.81, R45.91, R46.01, R46.11, R46.21, R46.31, R46.41, R46.51, R46.61, R46.71, R46.81, R46.91, R47.01, R47.11, R47.21, R47.31, R47.41, R47.51, R47.61, R47.71, R47.81, R47.91, R48.01, R48.11, R48.21, R48.31, R48.41, R48.51, R48.61, R48.71, R48.81, R48.91, R49.01, R49.11, R49.21, R49.31, R49.41, R49.51, R49.61, R49.71, R49.81, R49.91, R50.01, R50.11, R50.21, R50.31, R50.41, R50.51, R50.61, R50.71, R50.81, R50.91, R51.01, R51.11, R51.21, R51.31, R51.41, R51.51, R51.61, R51.71, R51.81, R51.91, R52.01, R52.11, R52.21, R52.31, R52.41, R52.51, R52.61, R52.71, R52.81, R52.91, R53.01, R53.11, R53.21, R53.31, R53.41, R53.51, R53.61, R53.71, R53.81, R53.91, R54.01, R54.11, R54.21, R54.31, R54.41, R54.51, R54.61, R54.71, R54.81, R54.91, R55.01, R55.11, R55.21, R55.31, R55.41, R55.51, R55.61, R55.71, R55.81, R55.91, R56.01, R56.11, R56.21, R56.31, R56.41, R56.51, R56.61, R56.71, R56.81, R56.91, R57.01, R57.11, R57.21, R57.31, R57.41, R57.51, R57.61, R57.71, R57.81, R57.91, R58.01, R58.11, R58.21, R58.31, R58.41, R58.51, R58.61, R58.71, R58.81, R58.91, R59.01, R59.11, R59.21, R59.31, R59.41, R59.51, R59.61, R59.71, R59.81, R59.91, R60.01, R60.11, R60.21, R60.31, R60.41, R60.51, R60.61, R60.71, R60.81, R60.91, R61.01, R61.11, R61.21, R61.31, R61.41, R61.51, R61.61, R61.71, R61.81, R61.91, R62.01, R62.11, R62.21, R62.31, R62.41, R62.51, R62.61, R62.71, R62.81, R62.91, R63.01, R63.11, R63.21, R63.31, R63.41, R63.51, R63.61, R63.71, R63.81, R63.91, R64.01, R64.11, R64.21, R64.31, R64.41, R64.51, R64.61, R64.71, R64.81, R64.91, R65.01, R65.11, R65.21, R65.31, R65.41, R65.51, R65.61, R65.71, R65.81, R65.91, R66.01, R66.11, R66.21, R66.31, R66.41, R66.51, R66.61, R66.71, R66.81, R66.91, R67.01, R67.11, R67.21, R67.31, R67.41, R67.51, R67.61, R67.71, R67.81, R67.91, R68.01, R68.11, R68.21, R68.31, R68.41, R68.51, R68.61, R68.71, R68.81, R68.91, R69.01, R69.11, R69.21, R69.31, R69.41, R69.51, R69.61, R69.71, R69.81, R69.91, R70.01, R70.11, R70.21, R70.31, R70.41, R70.51, R70.61, R70.71, R70.81, R70.91, R71.01, R71.11, R71.21, R71.31, R71.41, R71.51, R71.61, R71.71, R71.81, R71.91, R72.01, R72.11, R72.21, R72.31, R72.41, R72.51, R72.61, R72.71, R72.81, R72.91, R73.01, R73.11, R73.21, R73.31, R73.41, R73.51, R73.61, R73.71, R73.81, R73.91, R74.01, R74.11, R74.21, R74.31, R74.41, R74.51, R74.61, R74.71, R74.81, R74.91, R75.01, R75.11, R75.21, R75.31, R75.41, R75.51, R75.61, R75.71, R75.81, R75.91, R76.01, R76.11, R76.21, R76.31, R76.41, R76.51, R76.61, R76.71, R76.81, R76.91, R77.01, R77.11, R77.21, R77.31, R77.41, R77.51, R77.61, R77.71, R77.81, R77.91, R78.01, R78.11, R78.21, R78.31, R78.41, R78.51, R78					

Figura. Reducción porcentual de CEO respecto al valor basal de VENTURE en pacientes que pasaron a TRAVERSE. (A) Pacientes con dosis basales de CEO en VENTURE de ≤ 10 mg/día, (B) Pacientes con dosis basales de CEO en VENTURE de >10 mg/día.



Research Center North (ARCN), Grosshansdorf, Alemania. ⁶Christian-Albrechts University (member of the German Center for Lung Research [DZL]), Airway Research Center North (ARCN), Kiel, Alemania. ⁷Royal Brompton and Harefield Hospitals, London, Reino Unido. ⁸Observational and Pragmatic Research Institute, Singapur. ⁹Centre of Academic Primary Care, Division of Applied Health Sciences, University of Aberdeen, Aberdeen, Reino Unido. ¹⁰Ghent University, Ghent, Bélgica. ¹¹National Jewish Health, Denver, Estados Unidos. ¹²Regeneron Pharmaceuticals, Inc, Tarrytown, Estados Unidos. ¹³Sanofi, Cambridge, Estados Unidos. ¹⁴Sanofi, Bridgewater, Estados Unidos.

Introducción: El tratamiento a largo plazo del asma severa con corticosteroides orales (CEO) puede tener efectos adversos considerables. El dupilumab (DPL), un anticuerpo monoclonal totalmente humano, bloquea el componente compartido del receptor de IL-4/IL-13, principales desencadenantes de la inflamación tipo 2. En el estudio VENTURE (NCT02528214), la administración de DPL a dosis de 300 mg cada 2 semanas (Q2W) vs. placebo redujo significativamente la necesidad de CEO en pacientes con asma grave cortico-dependiente de ≥ 12 años, y mejoró las variables clínicas. En TRAVERSE, un estudio

de extensión abierto y de un solo grupo, se evaluó la seguridad, tolerabilidad y eficacia a largo plazo de DPL como tratamiento adyuvante en pacientes derivados de estudios de DPL anteriores. Aquí se evaluó la eficacia de DPL en pacientes con asma grave cortico-dependiente y diferentes dosis basales de CEO.

Material y métodos: Los pacientes recibieron 300 mg de Q2W DPL (DPL/DPL) o placebo (PBO/DPL) durante 24 semanas en VENTURE, seguido de 300mg de DPL Q2W durante un periodo de hasta 96 semanas en TRAVERSE, y fueron estratificados según la dosis inicial de CEO en VENTURE (≤ 10 o >10 mg/día). Los médicos participantes en el estudio no recibieron instrucciones específicas para reducir la dosis de CEO del paciente durante TRAVERSE. Se evaluaron la reducción porcentual de CEO respecto al valor basal de VENTURE en las semanas 0 y 48 de TRAVERSE, la tasa anualizada de exacerbaciones graves (AER) durante VENTURE y TRAVERSE, y el VEF1 prebroncodilatador.

Resultados: Se analizaron 187 pacientes (≤ 10 mg/día, PBO/DPL: n = 61; DPL/DPL: n = 60; > 10 mg/día, PBO/DPL: n = 36; DPL/DPL: n = 30). Las mayores reducciones en el uso diario de CEO se observaron en pacientes que recibieron DPL en VENTURE y continuaron en TRAVERSE (tabla y fig.). Los pacientes que iniciaron el tratamiento con DPL en TRAVERSE mostraron una mayor reducción en el uso de CEO, independientemente de la dosis basal de CEO (tabla). A pesar de reducciones continuas en el uso de CEO, la AER continuó disminuyendo durante TRAVERSE y el VEF1 prebroncodilatador mejoró notablemente (tabla). La seguridad en TRAVERSE fue consistente con el perfil de DPL.

Conclusiones: DPL redujo la dosis de CEO y mejoró los resultados de eficacia clínica, independientemente de la dosis inicial de CEO. Como se observó en VENTURE, DPL demostró una gran y persistente reducción en el uso de CEO sin un esquema de disminución gradual de reducción en TRAVERSE.

Tabla. CEO, AER y VEF₁ prebroncodilatador durante VENTURE y TRAVERSE.

	Dosis de CEO basal en VENTURE ≤ 10 mg/día		Dosis de CEO basal en VENTURE >10 mg/día	
	PBO/DPL n = 61	DPL/DPL n = 60	PBO/DPL n = 36	DPL/DPL n = 30
Dosis de CEO (mg/día)				
VENTURE				
Valor basal, media (DE)	8.07 (2.06)	7.42 (2.16)	17.57 (5.69)	18.08 (5.40)
TRAVERSE				
Semana 0, media (DE)	4.80 (4.50)	1.60 (2.85)	9.10 (9.18)	6.17 (7.95)
Semana 48, media (DE)	4.35 (3.98)	1.06 (1.87)	6.06 (6.49)	4.58 (4.72)
Dosis de CEO (reducción porcentual respecto al valor basal de VENTURE)				
TRAVERSE				
Semana 0, media (DE)	-42.21 (52.66)	-78.68 (36.64)	-51.98 (42.10)	-65.11 (44.83)
Semana 48, media (DE)	-49.64 (46.40)	-82.80 (32.59)	-66.46 (33.39)	-74.68 (25.11)
Dosis de CEO alcanzada (mg/día)				
Final de VENTURE/inicio de TRAVERSE				
0 mg/día, n/N (%)	20/61 (32.8)	40/60 (66.7)	9/36 (25.0)	8/30 (26.7)
<5 mg/día, n/N (%)	25/61 (41.0)	51/60 (85.0)	12/36 (33.3)	16/30 (53.3)
TRAVERSE Semana 48				
0 mg/día, n/N (%)	16/51 (31.4)	28/39 (71.8)	8/26 (30.8)	6/18 (33.3)
<5 mg/día, n/N (%)	23/51 (45.1)	34/39 (87.2)	11/26 (42.3)	9/18 (50.0)
Tasa anualizada de exacerbaciones graves				
VENTURE	1.587	0.463	1.492	1.070
TRAVERSE	0.311	0.294	0.284	0.599
VEF₁ prebroncodilatador (L)				
VENTURE				
Basal, media (DE)	1.62 (0.66)	1.50 (0.48)	1.63 (0.57)	1.58 (0.55)
TRAVERSE				
Semana 0, media (DE)	1.63 (0.68)	1.82 (0.60)	1.59 (0.62)	1.82 (0.63)
Semana 48, media (DE)	1.92 (0.80)	1.83 (0.66)	1.91 (0.75)	1.87 (0.70)

DPL = dupilumab; CEO = corticosteroides orales; PBO = placebo; DE, desviación estándar

205. RESLIZUMAB EN VIDA REAL: EXPERIENCIA A LO LARGO DE UN AÑO EN COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA

I. Lobato Astiarraga, J. Marcos Sierra, M. López Zubizarreta, J.Á. Tapias del Pozo, V. Guevara Velázquez, A.M. Andrés Porras, L. Martínez Roldán, B. Hernández Cid, M.J. Fernández Calleja, L. Carrasco Cabezas y J.R. Hernández Hernández

Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles, Ávila, España.

Introducción: El reslizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado anti-IL5 de administración intravenosa que está indicado como tratamiento en pacientes con asma eosinofílica grave mal controlada. En este trabajo mostramos la experiencia en nuestros pacientes.

Material y métodos: Seguimiento en consulta de Neumología y consulta de Enfermería a pacientes en tratamiento con reslizumab. Se ha

analizado la evolución de dichos pacientes a través del control mediante espirometría para valoración de FEV1, control del asma medida por el cuestionario Asthma Control Test (ACT) y el número de agudizaciones en consultas sucesivas. Se han descrito también los pacientes tenían tratamiento previo con otros fármacos biológicos y aquellos en los que ha sido necesario cambio de tratamiento tras reslizumab por fracaso terapéutico. Se realiza un primer punto de corte a los 4 meses y otro al año de inicio de tratamiento.

Resultados: Se inició tratamiento en 25 pacientes; edad media; 56,8 años (rango 26-84). Pacientes en tratamiento biológico previo: 3 con omalizumab y 3 con mepolizumab. Cambio de tratamiento: 5 tratamientos finalizados con 6,8 meses de media de tratamiento 4 de ellos cambian de tratamiento a otro biológico por fracaso de reslizumab y 1 finaliza por abandono del paciente. Características basales de los pacientes antes de inicio de tratamiento con reslizumab: ACT medio: 15,9 puntos, 22 pacientes ACT < 20, FEV1 medio: 2015 ml (86,9%), 9 pacientes FEV1 < 80%, 2,92 agudizaciones/paciente año previo (rango 0-7), 19 pacientes ≥ 2 agudizaciones/año. A los 4 meses de tratamiento: FEV1 medio: 2.182,8 ml (94,18 del FEV1 predicho) y solo 7 pacientes < 80%. Mejora media del FEV1: +167,8 ml. ACT medio = 22; no hay pacientes con ACT < 20. Se contabiliza una agudización en todos los pacientes en el total de 100 meses acumulados de tratamiento. A los 12 meses de tratamiento llegan 15 pacientes: FEV1 medio: 1.920 ml (96,3% del FEV1 predicho); 3 pacientes con < 80%. Mejoría media de FEV1: 183 ml. ACT medio de 23 y no hay pacientes con ACT < 20. La media de agudizaciones pasa de 3,8/año pretratamiento a 0,38/año.

Conclusiones: El tratamiento con reslizumab es eficaz; mejorando el control sintomático, disminuyendo agudizaciones y mejorando función pulmonar. Esta eficacia se mantiene, al menos, durante el primer año de tratamiento.

292. RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BENRALIZUMAB SEGÚN CONCENTRACIÓN DE EOSINÓFILOS

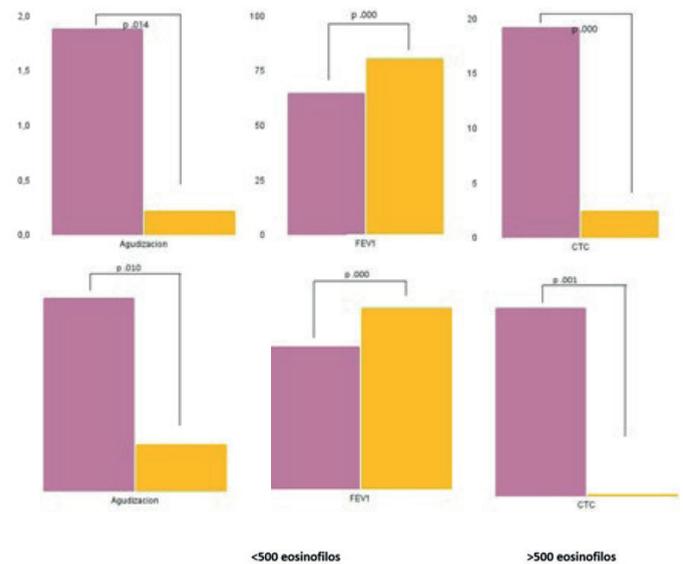
Á. Martínez Mesa, M.C. Vera Sánchez, J. López García, A.M. Aguilar Gálvez, E.F. Sánchez Álvarez y J.L. Velasco Garrido

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción: El asma es una enfermedad respiratoria crónica común, con afectación de más de 300 millones de personas a lo largo del mundo, lo que supone una importante carga socio-económica. Desde el año 2019 tenemos la oportunidad de tratar a un subgrupo de pacientes con enfermedad grave no controlada mediada por inflamación de tipo th2. El benralizumab es un anticuerpo monoclonal que tiene afinidad por la subunidad alfa del receptor de interleuquina 5 (IL5) del eosinófilo, causando la apoptosis y disminuyendo la inflamación mediada por este. El objetivo de nuestro estudio ha sido valorar la respuesta al tratamiento con benralizumab según la concentración de eosinófilos.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo con la base de datos de la consulta monográfica de asma. Se ha recogido el número total de pacientes diagnosticados con asma grave que han recibido tratamiento con benralizumab durante más de un año, recogiendo las siguientes variables, edad, género, número de ciclo de corticoides orales, disminución de corticoides basales y hospitalizaciones.

Resultados: Del total de pacientes, el 29,2% eran hombres (14) frente al 70,8% de mujeres (34). La edad media de los pacientes fue 56,53 años. El FEV1 inicial del 65% y un FEV1 final de 82%. Una dosis de corticoide oral diaria de 20 mg/día y una media final de 1,5 mg/día. El número de agudizaciones fue de 2,15 de media antes del tratamiento y de 0,44 al año. Del total de pacientes 21 tenían una cifra de eosinófilos por debajo de 500 y 27 por encima. En la tabla se muestran las diferencias en las variables estudiadas al año de haber realizado tratamiento. Se alcanzó la significación estadística en todas las variables



	<500 eosinófilos		>500 eosinófilos	
	Media	D. típica	Media	D. Típica
Aumento FEV1	15,80	12,964	16,88	16,791
Aumento FEV1%	31,06	31,954	33,92	40,073
Disminución COs	16,7857	6,87906	20,0000	10,00000
Disminución Eos.%	98,38	7,419	98,72	6,672
Dif. Agudización	1,7143	1,27055	1,7037	1,99644
Dif. Hospitalización	,0000	,00000	,3333	1,10940

estudiadas, tal y como se muestra en la imagen. La valoración de las hospitalizaciones no fue estadísticamente significativa debido al escaso número de las mismas. No hubo en el grupo de pacientes con menor concentración de eosinófilos y para el grupo con mayor concentración fue de $p = 0,103$. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la respuesta al fármaco entre ambos grupos.

Conclusiones: El benralizumab fue efectivo en ambos grupos, mejorando las cifras de FEV1 y disminuyendo la necesidad de corticoides orales basales y el número de ciclos de corticoides orales.

248. RESPUESTA CLÍNICA AL TRATAMIENTO CON TEZEPelumab ENTRE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA EN EL ESTUDIO DE FASE 3 NAVIGATOR

N. Lugogo¹, C.S. Ambrose², G. Colice³, K. Kmita⁴, B. Cook⁵, S. Ponnarambil⁶, J.P. Llanos-Ackert⁷ y A. Menzies-Gow⁸

¹Department of Medicine, Division of Pulmonary & Critical Care Medicine, University of Michigan, Ann Arbor, MI, Michigan, Estados Unidos. ²Respiratory & Immunology, BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, MD, Gaithersburg, Estados Unidos. ³Late-stage Development, Respiratory & Immunology, BioPharmaceuticals R&D, AstraZeneca, MD, Gaithersburg, Estados Unidos. ⁴Biometrics, Late-stage Development, Respiratory & Immunology, BioPharmaceuticals R&D, AstraZeneca, Warsaw, Polonia. ⁵Respiratory & Immunology, BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, MD, Gaithersburg, Estados Unidos. ⁶Late-stage Development, Respiratory and Immunology, BioPharmaceuticals R&D, AstraZeneca, Cambridge, Reino Unido. ⁷Global Medical Affairs, Amgen, CA, Thousand Oaks, Estados Unidos. ⁸Royal Brompton & Harefield Hospitals, London, Reino Unido.

Introducción: El tezepelumab, es un anticuerpo monoclonal humano que bloquea la actividad de la linfopoyetina estromal tímica (TSLP). Mejoró significativamente: exacerbaciones, función pulmonar, con-

trol del asma y calidad de vida relacionada con la salud vs. placebo en el estudio fase 3 NAVIGATOR (NCT03347279) en pacientes con asma grave no controlada (AGNC). Este análisis exploratorio preespecificado evaluó la proporción de pacientes con respuestas clínicas durante el tratamiento en NAVIGATOR.

Material y métodos: NAVIGATOR: estudio multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo. Pacientes (12-80 años) aleatorizados 1:1 para recibir 210 mg de tezepelumab o placebo sc/4 semanas durante 52 semanas. Las proporciones de pacientes tratados con tezepelumab y placebo que lograron respuestas clínicas en la semana 52 se evaluaron con los criterios de valoración entre aquellos que completaron el período de tratamiento y de los que se recogieron todos los datos sobre el tratamiento en la semana 52 dentro de cada criterio de respuesta. Variables de respuesta: reducción $\geq 50\%$ exacerbaciones durante el tratamiento vs. año anterior; mejoría vs. valor basal en puntuación total del ACQ-6 $\geq 0,5$; mejoría vs. valor basal en FEV1 pre-BD ≥ 100 ml o $\geq 5\%$; puntuación Impresión Clínica Global del Cambio (CGI-C) (mínima, mucha o muy grande). Los respondedores completos cumplieron con los 4 criterios de respuesta.

Resultados: Tezepelumab (n = 528), placebo (n = 531): 471 y 449 respectivamente, completaron período de tratamiento y se incluyeron en el análisis. En todos los criterios de respuesta, proporción de respondedores mayor para tezepelumab vs. placebo: exacerbaciones (85,4% vs. 67,5%; razón de probabilidad [OR] [intervalo de confianza [IC] 95%]: 2,82 [2,04-3,90]); Puntuación total ACQ-6 (86,9% vs. 76,6%; OR [IC95%]: 2,05 [1,42-2,97]); FEV1 pre-BD (60,3% vs. 49,9%; OR [IC95%]: 1,52 [1,15-2,02]) y CGI-C (81,5% vs. 67,7%; OR [IC95%]: 2,21 [1,58-3,08]). Proporción de respondedores completos durante el tratamiento mayor en tezepelumab (48,2%) vs. placebo (25,3%), OR: 2,78 (IC95%: 2,05-3,77) (tabla).

Tabla. Proporción de pacientes con respuestas durante el tratamiento en la semana 52 en NAVIGATOR.

Definición de la respuesta	Grupo de tratamiento ^a	Respuesta durante el tratamiento	Pacientes con cada respuesta, n (%) ^b	OR (95% CI) para el grupo de tezepelumab vs placebo ^c
Respuesta completa en la semana 52 ^a	Tezepelumab 210 mg (n1 = 528; n2 = 471)	Responder	197 (48,2)	2,78 (2,05-3,77)
	Placebo (n1 = 531; n2 = 449)	Non-responder	212 (51,8)	
$\geq 50\%$ reducción en las exacerbaciones durante el tratamiento en la semana 52 vs el año previo	Tezepelumab 210 mg (n1 = 528; n2 = 471)	Responder	96 (25,3)	2,82 (2,04-3,90)
	Placebo (n1 = 531; n2 = 449)	Non-responder	283 (74,7)	
Mejoría desde el valor basal en la puntuación total del ACQ-6 $\geq 0,5$ en la semana 52 ^a	Tezepelumab 210 mg (n1 = 528; n2 = 471)	Responder	402 (85,4)	2,05 (1,42-2,97)
	Placebo (n1 = 531; n2 = 449)	Non-responder	69 (14,6)	
Mejoría desde el valor basal en el pre-BD FEV1 ≥ 100 ml o $\geq 5\%$ en la semana 52	Tezepelumab 210 mg (n1 = 528; n2 = 471)	Responder	303 (67,5)	1,52 (1,15-2,02)
	Placebo (n1 = 531; n2 = 449)	Non-responder	146 (32,5)	
CGI-C score definido como mínimo, mucho o muy grande en la semana 52	Tezepelumab 210 mg (n1 = 528; n2 = 471)	Responder	366 (86,9)	2,21 (1,58-3,08)
	Placebo (n1 = 531; n2 = 449)	Non-responder	55 (13,1)	
	Tezepelumab 210 mg (n1 = 528; n2 = 471)	Responder	305 (76,6)	2,21 (1,58-3,08)
	Placebo (n1 = 531; n2 = 449)	Non-responder	93 (23,4)	
	Tezepelumab 210 mg (n1 = 528; n2 = 471)	Responder	248 (60,3)	1,52 (1,15-2,02)
	Placebo (n1 = 531; n2 = 449)	Non-responder	163 (39,7)	
	Tezepelumab 210 mg (n1 = 528; n2 = 471)	Responder	192 (49,5)	2,21 (1,58-3,08)
	Placebo (n1 = 531; n2 = 449)	Non-responder	193 (50,1)	
	Tezepelumab 210 mg (n1 = 528; n2 = 471)	Responder	340 (81,5)	2,21 (1,58-3,08)
	Placebo (n1 = 531; n2 = 449)	Non-responder	77 (18,5)	
	Tezepelumab 210 mg (n1 = 528; n2 = 471)	Responder	273 (67,7)	2,21 (1,58-3,08)
	Placebo (n1 = 531; n2 = 449)	Non-responder	130 (32,3)	

^an1 muestra el número de pacientes en el grupo de tratamiento en el conjunto de análisis completo. n2 muestra el número de pacientes en el grupo de tratamiento que completaron el período de tratamiento.

^bLas proporciones de respondedores y no respondedores se calcularon a partir del número total de pacientes a los que no les faltaban datos de tratamiento en la semana 52 y que completaron el período de tratamiento.

Conclusiones: Una mayor proporción de pacientes con AGNC tratados con tezepelumab lograron respuestas clínicas durante el tratamiento vs. placebo, casi la mitad experimentó respuesta completa al tratamiento: reducción de exacerbación, control del asma, función pulmonar y evaluación del médico, con probabilidad 2,8 veces mayor vs. placebo. Estos datos respaldan aún más la eficacia de tezepelumab en pacientes con AGNC.

513. RIESGO DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA POR COVID-19 EN PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL: APLICACIÓN DE LA ESCALA 4C MORTALITY

I.M. Domínguez Zabaleta¹, G. Manzanares Cavin¹, W.I. Girón Matute¹, Z. Ji¹, B. Recio Moreno², P. Benedetti¹, M. Fuentes Alonso¹, A. Oliva Ramos¹, L. Puente Maestu¹ y J. de Miguel Díez¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

²Hospital Campo Grande, Valladolid, España.

Grupo riesgo	Éxitus	Prueba exacta Fisher	Días hospitalización	ANOVA
Bajo	0	17.07	7	F6.37
Intermedio	0	(p<0.0001)	10	(p=0.001)
Alto	7 (15.9%)		17	
Muy alto	2 (100%)		5	

Figura 1. Mortalidad y días de hospitalización en función del grupo de riesgo determinado por la puntuación de la escala 4CMortality.

Introducción: El papel del asma bronquial como factor de riesgo en gravedad y mortalidad en la COVID-19 varía según la literatura consultada. En 2020 se publicó la escala 4CMortality, que a través de ocho parámetros en la evaluación inicial (edad, sexo, índice de comorbilidad Charlson, frecuencia respiratoria, saturación periférica de oxígeno, función renal, escala de Glasgow y niveles de proteína C reactiva) estratificó el riesgo de mortalidad intrahospitalaria por COVID-19 en baja (0-3 puntos), intermedia (4-8), alta (9-14) y muy alta (a partir de 15). Nuestro objetivo es valorar la utilidad de la escala 4CMortality en los pacientes asmáticos ingresados por COVID-19 y verificar el grado de correlación entre la puntuación obtenida y los datos de mortalidad y estancia hospitalaria.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional, en condiciones de práctica clínica habitual, de los pacientes con diagnóstico previo de asma bronquial ingresados por COVID-19 entre marzo 2020-marzo 2021. Se recogieron datos sociodemográficos y relativos a la escala, días de hospitalización y *exitus*. Mediante el programa estadístico SPSS se realiza el análisis estadístico mediante prueba exacta de Fisher (riesgo escala- fallecimiento), ANOVA (riesgo escala- días hospitalización), y curva de Kaplan Meier, considerando estadísticamente significativos aquellos resultados con una $p < 0,05$.

Resultados: Muestra de 99 pacientes, 18 en grupo de bajo riesgo, 35 riesgo intermedio, 44 alto riesgo y 2 muy alto riesgo. En términos de mortalidad, hubo 7 muertes en el grupo de alto riesgo (15,9%) y 2 en muy alto riesgo (100%). No hubo decesos en los grupos de bajo y riesgo intermedio. Los resultados fueron estadísticamente significativos (Fisher 17,07, $p < 0,0001$). En cuanto a días de hospitalización la media fue de 7 días en el grupo de bajo riesgo, 10 días en el de riesgo intermedio, 17 días en el de alto riesgo y 5 en el de muy alto riesgo;

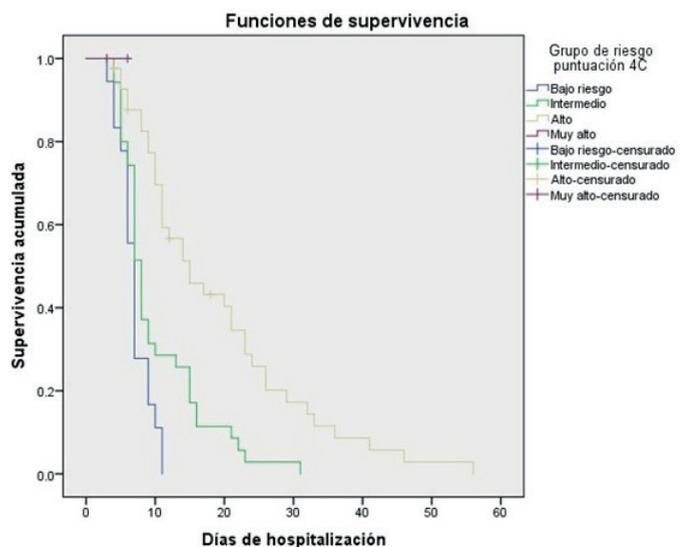


Figura 2. Curva de supervivencia Kaplan-Meier.

con un test de ANOVA estadísticamente significativo (F 6,37, p 0,001) (fig. 1). En el análisis de supervivencia, la media de supervivencia fue de 7 días en el grupo de bajo riesgo, 10 en el de riesgo medio y 19 en el de alto riesgo (log rank 32,887, p < 0,0001) (fig. 2).

Conclusiones: La escala 4CMortality es una buena herramienta para establecer la probabilidad de mala evolución en pacientes asmáticos ingresados por COVID-19, por aumento de la mortalidad y de los días de estancia hospitalaria, lo que nos puede permitir optimizar los cursos y el tratamiento de forma precoz.

Este proyecto ha contado con la colaboración de AstraZeneca.

328. SEGUIMIENTO EN VIDA REAL DE PACIENTES CON ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE EN TRATAMIENTO CON RESLIZUMAB

C.A. Correa Gutiérrez¹, K.H. Liendo Martínez¹, J. Zichen¹, C. Sánchez Fernández¹, F.J. de Castro Martínez¹, M. Mor Martínez¹, C.R. Castro Riera², L. Puente Maestu^{1,3} y J. García de Pedro^{1,3}

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

²Hospital General de Segovia, Segovia, España. ³Facultad de Medicina Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Introducción: El asma es una enfermedad crónica de las vías respiratorias que cursa con broncoconstricción, hiperreactividad bronquial, secreción mucosa e inflamación crónica, con una alta prevalencia mundial. El principal objetivo en su control es disminuir las exacerbaciones y la obstrucción crónica al flujo aéreo y llegar a un adecuado control de síntomas. En su patogenia intervienen mediadores de inflamación, diana de fármacos biológicos utilizados como nuevos tratamientos de pacientes con asma grave no controlada (AGNC), entre ellos se encuentra el reslizumab que actúa frente a la vía de la interleucina-5 (IL-5). Realizamos este estudio para analizar la respuesta clínica, espirométrica y seguridad del tratamiento con reslizumab en pacientes con AGNC eosinofílica.

Material y métodos: Estudio observacional con una cohorte de 24 pacientes que iniciaron tratamiento con reslizumab entre febrero de 2018 y diciembre de 2021 en un hospital de tercer nivel con seguimiento prospectivo a los 4 meses, al año y a los 2 años tras el inicio del mismo. Se analizaron las exacerbaciones que precisaron ciclos de corticoides, función pulmonar, control de síntomas con el test de control de asma (ACT) y se registraron eventos adversos.

Resultados: De los 24 pacientes incluidos 21 eran mujeres (87,5%), la media de edad fue de 51 años, 12 pacientes ya han cumplido un año de seguimiento y 5 pacientes dos años. La media de exacerbaciones del año previo fue de 3 (\pm 1,8), al año de seguimiento de 0,29 (\pm 0,5) (p = 0,00) y los 5 pacientes que llevan 2 años de tratamiento no han tenido ninguna en este periodo. En cuanto al volumen espiratorio forzado en el primer minuto (FEV1) la media previa fue de 2.032 ml (75%) aumentó a 2.477 ml (90%) a los 4 meses que se mantuvo así al año (p = 0,023) y a los dos años aumentó a 2.664 ml (94%). La media de ACT previa fue de 14 (\pm 4), a los 4 meses 22 (\pm 1,6) (p = 0,000), al año 23 (\pm 1,3) (p = 0,000) y a los dos años 24 (\pm 0,5) (p = 0,007). No encontramos eventos adversos diferentes a los descritos en los estudios pivotales.

Conclusiones: En nuestra población de pacientes con AGNC eosinofílica, reslizumab consigue un buen control del asma con una reducción significativa de las exacerbaciones, un aumento significativo de la función pulmonar desde los 4 meses de su administración y con un buen perfil de seguridad.

448. SENSIBILIZACIÓN A ENTEROTOXINAS ESTAFILOCÓCICAS EN PACIENTES CON ASMA GRAVE EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

M. Giménez Suau, M.M. García Ródenas, E. Nofuentes Pérez, C. Fernández Aracil y J. Gil Carbonell

Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España.

	EE negativas (n=19)	EE positiva (n=18)	P valor
Edad	55,2 (\pm 15,6)	51,7 (\pm 13,1)	0,468
Eosinofilia	220 (110-300)	255 (148-415)	0,411
Eosinofilia máxima registrada	520 (440-920)	600 (478-908)	0,563
IgE total	75,2 (22-166)	369 (221-1008)	<0,05
Fenotipo asma			0,259
- Eosinofílica/Alérgica	8	11	
- Eosinofílica no alérgica	9	7	
- No T2	2	0	
Control incompleto enfermedad	4 (21%)	7 (38%)	0,235
Necesidad tratamiento biológico	8 (42%)	12 (67%)	0,134

Tabla 1. La variable edad (distribución normal) está expresada como media (Varianza). Las variables de distribución no normal están expresadas como mediana (rango intercuartílico).

Fenotipo T2	EE negativas (n=17)	EE positivas (n=18)	P valor
Eosinofílica (16)			
- IgE total	77,8 (42,4 – 230)	230 (172 – 309)	0,08
- Eosinofilia	260 (160 – 395)	430 (300 – 480)	0,15
- Eosinofilia máxima	620 (440 – 1075)	590 (550 – 650)	0,98
Alérgica (19)			
- IgE total	76 (34 – 166)	452 (367 – 1277)	<0,05
- Eosinofilia	165 (115 – 278)	210 (70 – 260)	0,84
- Eosinofilia máxima	520 (483 – 923)	620 (430 – 1470)	1

Tabla 2.

Introducción: El *Staphylococcus aureus* (SA) es una bacteria gram-positiva, compleja y versátil, capaz de colonizar el tracto respiratorio humano. Desde la mucosa respiratoria, el SA es capaz de liberar un amplio espectro de factores de virulencia, provocando la mayoría de ellos respuestas inmunitarias de tipo 1 y tipo 3. Además, un pequeño subgrupo de componentes extracelulares son reactivos a la IgE: las enterotoxinas estafilocócicas (EE). La sensibilización a las EE se ha relacionado con mayor gravedad del asma y peor control de la enfermedad. El objetivo de nuestro estudio fue comprobar la frecuencia de sensibilización a EE en pacientes con asma grave y su relación con el control y las características de la enfermedad asmática.

Material y métodos: Estudio prospectivo de todos los pacientes remitidos a la consulta monográfica de asma grave del Hospital General de Alicante de forma consecutiva, desde octubre de 2019 a septiembre de 2021. En el estudio protocolizado inicial de dichos pacientes se incluyó la determinación sérica de las enterotoxinas estafilocócicas A, B y TSST. Se compararon ambos grupos de asma grave según la positividad a alguna de las EE determinada, realizando una segunda subdivisión entre asma grave fenotipados como T2.

Resultados: Disponemos de determinaciones de EE en 50 de los 60 pacientes remitidos para primera valoración en la consulta. De ellos, 23 resultaron positivos para alguna de las EE. Del total, 37 pacientes se diagnosticaron de asma grave, 9 de asma no grave y 4 resultaron no asmáticos. Dieciocho pacientes con asma grave (49%) tienen una o más EE positiva frente al 38% de pacientes con asma no grave o sin asma objetivada (p = 0,526). La tabla 1 muestra las características de los asmáticos graves evaluados según la positividad a EE. Dos de los pacientes con asma grave se fenotiparon como no T2, ambos con EE negativas. La tabla 2 muestra la comparación de medianas de los valores analíticos en aquellos pacientes con fenotipo T2.

Conclusiones: En nuestra experiencia, aunque la presencia de EE no parece relacionarse con la gravedad de la enfermedad asmática, sí existe una tendencia en cuanto a la necesidad de terapia biológica y en cuanto al grado de control del asma y, en parte, podría justificar la elevación de la IgE sérica en pacientes con asma con fenotipos T2.

28. SUBTIPOS DE EOSINÓFILOS Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ASOCIADA A ASMA

A. Crespo Lessmann, E. Curto Sánchez, E. Palones Femenia, S. Sánchez Maza, T. Bigorra Rodríguez, E. Mateus Medina y V. Plaza Moral

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción: Estudios recientes han demostrado que el asma eosinofílica podría constituir un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares (ECV). Sin embargo, el papel que juegan diversos biomarcadores de inflamación crónica así como los dos subtipos de eosinófilos presentes en estos pacientes (eosinófilos inflamatorios IEOS = EOS1 y los eosinófilos residentes rEOS = EOS2), está aún por definir.

Objetivos: Conocer la prevalencia en una consulta de asma grave de la ECV asociada así como las características y su asociación con algún biomarcador inflamatorio específico.

Material y métodos: Estudio exploratorio que incluyó un total de 54 pacientes provenientes de una consulta de asma grave. Se definió ECV como aquellos pacientes que tenían una cardiopatía isquémica crónica. A todos los casos incluidos se les practicó: estudios de función pulmonar, pruebas cutáneas de alergia, análisis de sangre y esputo inducido (EI). Del sobrenadante del EI se analizaron las citoquinas usando el LEGENDplex panels (BioLegend): eotaxin, IgA, IgD, IgE, IgG1, IgG2, IgG3, IgG4, IgM, interferón alfa y gamma, IL-1 β , IL-4, IL-5, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12p70, IL-13, IL-17A, IL-18, IL-23, IL-33, MCP-1, MMP2 y MMP9 y TNF α . Mediante *gating* de citometría de flujo se definió la población de eosinófilos presentes en el EI que coexpresaba CD66b⁺, CD15⁺. La población EOS1 se caracterizó por la expresión de CD66b^{High}, CD15^{High}, y la población EOS2 por la expresión de CD66b^{Low}, CD15^{Low}.

Resultados: Las principales características clínicas, funcionales e inflamatorias de los pacientes de ambos grupos se muestran en la tabla. La prevalencia de asmáticos con ECV fue del 11%. Estos tenían una significativa mayor edad, HTA y dislipemia. No se observaron diferencias entre grupos de las citoquinas estudiadas. Los pacientes con ECV

mostraron una significativa mayor proporción de EOS1 (inflamatorios) y menor de los EOS 2, en el EI. Los niveles de EOS1 se correlacionaron significativamente con los niveles de IL13 (P: 0,396; p: 0,007).

Conclusiones: La prevalencia de asma y ECV en este estudio exploratorio no fue despreciable y parece asociarse a una mayor proporción del subtipo EOS1. La posibilidad de que a su vez se correlacione con remodelación bronquial, aterosclerosis y ECV precisa estudios específicos.

69. SUPERRESPUESTA A FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ASMA BRONQUIAL: FACTORES RELACIONADOS

B. García Pulido, J.A. Gullón Blanco, Á. Romero Suárez, P. Fernández Álvarez, V. Zúñiga Arévalo, F. Álvarez Navascués, M.Á. Villanueva Montes, J. Allende González, A.A. Sánchez Antuña, C. Osoro Suárez, A. Gómez Arenas y M.Á. Martínez Muñoz

Hospital Universitario San Agustín, Avilés, España.

Introducción: La selección del fármaco biológico más adecuado se realiza de acuerdo con determinados fenotipos clínicos T2 (alérgico/eosinofílico) entre los que existe un elevado grado de solapamiento; por ello, para tomar esta decisión, también se tienen en cuenta determinadas variables clínicas que puedan predecir una mejor respuesta. El objetivo de nuestro estudio es analizar que variables se relacionan con la posibilidad de superrespuesta a fármacos biológicos.

Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de Asma bronquial en tratamiento con fármacos biológicos en nuestro Servicio. Se valoró la respuesta obtenida a los dos años de tratamiento y se clasificó: 1) Superrespuesta: no tratamiento con corticoides orales, no necesidad de ciclos de corticoides orales en los últimos 3 meses, FEV1 \geq 80%, ACT \geq 20; 2) no respuesta: retirada del fármaco antes de los dos años; 3) respuesta parcial: no cumple todos los criterios de superrespuesta o no respuesta. Se analizaron las siguientes variables antes del inicio del tratamiento: edad, sexo, IMC, atopía, pólipos nasales, rinitis, eosinófilos (μ L), FeNO (ppb) y FEV1 (%); todas ellas se relacionaron con la posibilidad de superrespuesta. Estudio estadístico: t de Student, U de Mann Whitney y chi cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 51 pacientes: 31 en tratamiento con antiIgE (omalizumab), 16 con antiIL5 (mepolizumab) y 4 anti IL5-R (benralizumab). En función del grado de respuesta se clasificaron: 18 (35%) superrespuesta, 27 (53%) respuesta parcial y 6 (12%) no respuesta. En la siguiente tabla se muestran las variables relacionadas con la posibilidad de superrespuesta, en función del fármaco utilizado.

Tabla 1. Variables relacionadas con superrespuesta en función del fármaco

Variable	AntiIgE	IL5 / IILSR	p
Edad (años)	47,85 de 14,76	62,40 de 12,38	0,03
Inicio asma			0,003
-precoz	12 (92,3 %)	2 (40 %)	
-tardío	1 (7,7 %)	3 (60 %)	
Sexo			0,04
-hombre	4 (30,8%)	4 (80 %)	
-mujer	9 (69,2%)	1 (20 %)	
IMC			0,8
<30	11 (84,6%)	4 (80 %)	
\geq 30	2 (15,4%)	1 (20 %)	
Atopia			0,5
-Sí	12 (92,3%)	5 (100 %)	
-No	1 (7,7%)		
Rinitis			0,1
-Sí	10 (76,9%)	4 (80%)	
-No	3 (23,1%)	1 (20%)	
Pólipos nasales			0,3
-Sí	4 (30,7%)	2 (40%)	
-No	9 (69,3%)	3 (60%)	
Eosinófilos	429 de 254,49	921,5 de 432,77	0,02
FeNO	49,27 de 38,19	89,4 de 110,71	0,3
FEV1 (%)	71,2 de 13,7	59,2 de 9,64	0,02

Tabla 1: Características clínicas, funcionales e inflamatorias de los pacientes estudiados

Variables	Pacientes con ECV (n 6)	Pacientes sin ECV (n 48)	p*
Sexo (% mujeres)	50%	56,25%	0,552
Edad (años)	68,83 (13,07)	54,87(11,98)	0,010
IMC (kg/m ²)	29,01 (2,49)	27,92 (5,14)	0,613
Nunca fumador (%)	50%	70,8%	0,256
FVC (%)	94,79 (31,62)	97,56 (18,76)	0,842
FEV1 (%)	86,54 (36,03)	83,08 (19,46)	0,826
Rel (FEV1/FVC)	72,83 (16,74)	66,03 (11,9)	0,212
Rinitis (%)	66,6%	37,5%	0,178
Poliposis (%)	83,3	72,91	0,505
HTA (%)	100%	20,8%	0,000
Dislipemia (%)	83,33%	20,8	0,005
Obesidad (%)	16,6%	22,91	0,598
Ansiedad/depresión (%)	16,6	2	0,212
Asma persistente moderada-grave (%)	91,66	100%	0,417
Pruebas cutáneas de alergias positivas (%)	50%	27%	0,273
FeNO ppb	16,67 (10,6)	27,7 (31,1)	0,566
Visitas a Ucias 12m (n)	1,5 (0,83)	1,16 (1,27)	0,538
ACT (puntuación)	18,66 (3,78)	19,42 (7,69)	0,868
Fenotipo inflamatorio en el esputo inducido (%)			0,257
	Paucigranulocítico: 16,7%	Paucigranulocítico: 8,5%	
	Mixto: 16,7%	Mixto: 5,6%	
	Eosinofílico: 66,6%	Eosinofílico: 53,2%	
	Neutrofílico: 0%	Neutrofílico: 32,7%	
Ig E total (UI/ml) en sangre	68,06 (100,76)	231,78 (268,3)	0,236
Eosinofilos en sangre x10E9/L	0,30 (0,169)	0,35 (0,3)	0,708
EOS1 en el EI (%)	89,13 (7,7)	71,73 (32,65)	0,007
EOS2 en el EI%	3,48 (2,53)	7,78 (9,89)	0,029

*p significativa si era <0,05

ACT: test del control del asma, ECV: enfermedad cardiovascular, EI: esputo inducido, EOS: eosinófilos, FENO: fracción exhalada de óxido nítrico, FEV1: volumen espiratorio forzado en del primer segundo, FVC: capacidad vital forzada, Ig E: inmunoglobulina E, IMC: índice de masa corporal, ppb: partes por billón.

Conclusiones: 1) El porcentaje de respuesta a fármacos biológicos es elevado, superior al 80%, y un tercio de los pacientes se consideraron superrespondedores. 2) La posibilidad de superrespuesta a antiIgE se relaciona con la edad más joven y el debut precoz de la enfermedad, mientras que los antiIL5/antiIL5-R con el número de eosinófilos y FEV1 < 60%; estas variables deberían tenerse en consideración en el momento de elegir el tratamiento más adecuado.

43. TERMOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE. EXPERIENCIA DE UN CENTRO TERCARIO

A. Bekki, T. Beauperthuy Levy, M.N. Balaguer Cartagena, E. Cases Viedma y A. de Diego Damia

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España.

Introducción: El asma grave afecta entre 5 y 10% de los pacientes asmáticos y condiciona una importante parte de los recursos del sistema sanitario. El tratamiento con termoplastia fue introducido hace unos años en el tratamiento del asma grave de difícil control a pesar de altas dosis de corticosteroides inhalados (CSI) y tratamientos biológicos. El objetivo de nuestro estudio es analizar la experiencia de nuestro centro con el uso de la termoplastia como tratamiento endoscópico en el asma grave, sus resultados y complicaciones.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes con asma grave elegibles a tratamiento con termoplastia.

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes con asma grave, 9 mujeres (75%) y 3 varones (25%), de los cuales 5 eran no fumadores (41,7%) y 7 eran exfumadores (58,3%), siendo el IPA medio 36 ± 36. La edad media fue de 60,4 ± 8,4 años. En la mayoría de los casos, se trataba de un asma alérgica (11; 91,7%). Las características de los pacientes incluidos en el estudio se resumen en la tabla. Todos los pacientes recibían tratamiento con LABA + CSI a dosis altas. 8 casos (66,7%) necesitaban tratamiento de rescate. 9 casos (75%) se encontraban con corticosteroides orales. 5 de los pacientes incluidos en nuestro estu-

Características	Media o porcentaje
Sexo (n, %)	Varones 3 (25)
	Mujeres 9 (75)
Edad (años)	60,4 ± 8,4
Exfumadores (n, %)	7 (58,3%)
IPA (paquetes/año)	36 ± 36
Asma alérgica (n, %)	11 (91,7%)
Tiempo con diagnóstico de asma (años)	28,4 ± 14,4
Tiempo de seguimiento en nuestro centro (años)	6,17 ± 3,5

Tabla 1: características de los pacientes incluidos en el estudio.

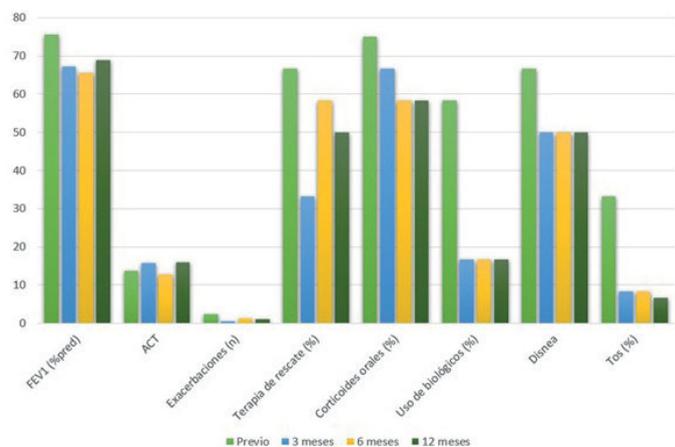


Figura 1: resultados a los 3, 6 y 12 meses de la termoplastia.

dio (41,7%) no habían recibido tratamiento con biológicos en el año previo a la termoplastia, 5 otros (41,7%) estaban tratados con omalizumab, un paciente (8,3%) recibía tratamiento con mepolizumab y otro (8,3%) con reslizumab. La termoplastia se realizó en 3 sesiones y el total de disparos válidos recibido por cada paciente fue de 58,7 ± 17 disparos. La principal complicación inmediata tras el procedimiento fue el broncoespasmo que ocurrió en 5 pacientes (41,7%), siendo la tos menos frecuente (8,3%). 6 de los pacientes (50%) no presentó ninguna complicación inmediata. Los pacientes tratados con biológicos pasaron de 7 (58,3%) previo al procedimiento, a 2 (16,6%) a los 3, 6 meses y al año. Hubo mejoría en la disnea en 6 casos (50% de la muestra) a los 3, 6 y 12 meses tras el procedimiento. La tos se mantuvo presente solo en el 16,7% de la muestra tras un año del procedimiento. Los resultados se resumen en la figura.

Conclusiones: La termoplastia resulta ser, según la experiencia de nuestro centro, una técnica segura, con pocas complicaciones y con buenos resultados en pacientes seleccionados con asma grave y mal control a pesar de tratamiento con CSI a dosis altas y biológicos.

355. TEST UTILIZADOS EN VIDA REAL PARA DEMOSTRACIÓN DE BRONCOESPASMO INDUCIDO POR EL EJERCICIO (BIE) EN DEPORTISTAS ADOLESCENTES EUROPEOS (15-17 AÑOS) DE DEPORTES DE INVIERNO

I. Garrapiz Borderias^{1,2}, E. Briz Muñoz³, S. García Saez³, J. Cegoñino de Sus³, J. Garrapiz López³, T. Borderias Villarroya⁴ y L. Borderias Clau^{3,5}

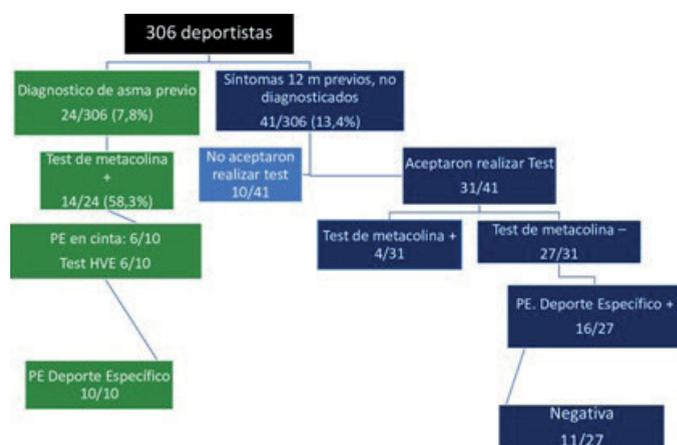
¹Medicina Familiar, C.S. Grañén, Huesca, España. ²Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Álava, Vitoria-Gasteiz, España. ³Servicio de Neumología, Hospital General Universitario San Jorge, Huesca, España. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España. ⁵Departamento de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, Huesca, España.

Introducción: La prevalencia de broncoespasmo inducido por el ejercicio (BIE) en los deportes de invierno (DI) es elevada. En alta competición se suele requerir un diagnóstico específico de asma y/o BIE para autorizar tratamiento con beta 2 y/o corticoides (AUT). Hay diferentes pruebas de provocación y se utiliza la prueba de metacolina para el diagnóstico de hiperreactividad bronquial y si es negativa una prueba de esfuerzo (PE) en cinta/cicloergómetro. El COI acepta también una prueba de esfuerzo específica en “ambiente real deportivo”. Hay ausencia de información en “vida real” en adolescentes de competición en DI, por lo que previamente a una competición internacional celebrada en Jaca, se realizó un estudio prospectivo para conocer la metodología usada y el porcentaje de sujetos con síntomas de BIE no diagnosticados previamente con PE específica positiva.

Material y métodos: 306 deportistas de 15-17 años, de 24 países europeos de diferentes deportes (fig. 1). 189 varones (61,8%) y 117 mujeres (38,2%). Se les requirió un informe de AUT que especificara

	Número	Alergias / %	Asmáticos / % deporte	Rinitis / % deporte
Esquí de fondo	82	3/82 (3.7%)	8/82 (9.8%)	19/82 (23.2%)
Esquí alpino	72	6/72 (8.3%)	5/72 (7%)	15/72 (20.1%)
Biathlon/freestyle	63	3/63 (4.8%)	6/63 (9.5%)	15/63 (23.8%)
Patinaje	13	4/13 (30.7%)	2/13 (15.4%)	1/13 (7.7%)
Hockey	55	5/55 (9.1%)	2/55 (3.6%)	5/55 (9.1%)
Snowboard	21	2/21 (9.5%)	1/21 (4.8%)	1/21 (4.8%)
Total	306	23/306 (7.5%)	24/306 (7.8%)	56/306 (18.3%)

Prevalencia de asma, alergia y rinitis en los deportistas estudiados según el deporte practicado.



Algoritmo de los resultados obtenidos en los deportistas estudiados. Prueba de esfuerzo (PE); Hiperventilación isocapnica/eucapnica (HVE).

el método diagnóstico y medicación validado por las Federaciones/COI de su país. Si alguno de ellos no estaba diagnosticado de BIE, pero presentaba síntomas se le proponía realizar una prueba de provocación inicialmente con metacolina y si era negativa una PE desencadenada por el deporte específico.

Resultados: 24/306 (7,8%) estaban diagnosticados de asma y 41/306 (13,4%) presentaron síntomas de asma y/o BIE en los últimos 12 meses sin diagnóstico. Diagnosticados previamente de asma: En 14/24, el test diagnóstico fue metacolina. En los otros 10 la prueba diagnóstica fue de hiperventilación isocápica (6/10) o una prueba de esfuerzo en cinta (6/10). En 2/10 lo fueron ambas. En todos ellos la PE desencadenada por el deporte específico fue positiva 10/10 (fig. 2). Deportistas con síntomas sin diagnóstico previo de asma: 10 no aceptaron realizar test y 31 realizaron inicialmente la prueba de metacolina (positiva 4/31). En aquellos que fue negativa (27/31), se realizó una PE específica que fue positiva en 11/27.

Conclusiones: 1. La PE realizada durante la práctica de deporte específica es útil para el diagnóstico de BIE en DI. Fue positiva en 10/10 de los sujetos diagnosticados de asma y en 16/27 con síntomas sin diagnóstico previo. 2. Es un test que se puede realizar *in situ*, y simula la actividad en "vida real".

241. EL TEZEPelumab REDUCE LOS BIOMARCADORES INFLAMATORIOS DESDE LA SEMANA 2 Y MANTIENE LAS REDUCCIONES HASTA LA SEMANA 52. NAVIGATOR: ESTUDIO EN ASMA GRAVE DE FASE 3

J.M. Griffiths¹, T.H. Pham¹, E. Wang², C.S. Ambrose³, N. Martin⁴, J.R. Parnes⁵, A.W. Lindsley⁶, G. Hunter⁷, G. Colice⁸ y J. Oppenheimer⁹

¹Translational Science and Experimental Medicine, Research and Early Development, Respiratory & Immunology, BioPharmaceuticals R&D, AstraZeneca, MD, Gaithersburg, Estados Unidos. ²Division of Allergy & Clinical Immunology, Department of Medicine, National Jewish Health, Denver, CO and Division of Allergy & Clinical Immunology, Department of Internal Medicine, University of Colorado Hospital, Aurora, CO, Colorado, Estados Unidos. ³Respiratory and Immunology, BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, MD, Gaithersburg, Estados Unidos. ⁴Respiratory and Immunology, BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, Cambridge, Reino Unido. ⁵Global Development, Amgen, Thousand Oaks, CA, Thousand Oaks, Estados Unidos. ⁶US Medical Affairs, Amgen, CA, Thousand Oaks, Estados Unidos. ⁷Biometrics, Late-stage Development, Respiratory and Immunology, BioPharmaceuticals R&D, AstraZeneca, Cambridge, Reino Unido. ⁸Respiratory & Immunology, BioPharmaceuticals R&D, AstraZeneca, MD, Gaithersburg, Estados Unidos. ⁹UMDNJ Rutgers University School of Medicine, NJ, Newark, Estados Unidos.

Introducción: El tezepelumab, es un anticuerpo monoclonal humano que bloquea la acción de la linfopoyetina estromal tímica (TSLP) y reduce la inflamación de las vías respiratorias derivada. Para proporcionar una base mecanística a los efectos clínicos de tezepelumab en pacientes con asma grave, evaluamos el efecto de tezepelumab en los niveles de biomarcadores y citocinas inflamatorias circulantes y de las vías respiratorias durante el estudio NAVIGATOR de fase 3, aleatorizado y controlado con placebo.

Material y métodos: Pacientes adultos y adolescentes con asma grave no controlada fueron aleatorizados en una proporción 1:1 para recibir tezepelumab 210 mg o placebo por vía subcutánea cada 4 semanas durante 52 semanas. La fracción de óxido nítrico exhalado (FeNO, ppb), el recuento de eosinófilos en sangre (células/ μ l), la inmunoglobulina total (IgE (UI/ml) y los niveles séricos de interleucina (IL)-5 e IL-13 (ng/l) fueron evaluados al inicio y en múltiples puntos de tiempo hasta 52 semanas. Se utilizó un modelo de medidas repetidas para estimar los cambios porcentuales medios desde el inicio por grupo de tratamiento y las diferencias entre los grupos de tratamiento. Los datos se transformaron logarítmicamente antes del análisis.

Resultados: En la semana 52, en comparación con el placebo, tezepelumab redujo el FeNO en un 30,6% (IC95%, 25,6-35,2), el recuento de eosinófilos en sangre en un 41,4% (IC95%, 37,0-45,4), la IgE en un 30,1% (IC95%, 24,7-35,1), la IL-5 en un 55,9% (IC95% 50,5-60,6) y la IL-13 en un 45,7% (IC95% 40,2-50,7). Se observaron reducciones frente a placebo en la semana 4 para la IgE y en la semana 2 para todas las demás citoquinas y biomarcadores y se mantuvieron hasta la semana 52.

Conclusiones: El tratamiento con tezepelumab redujo las citocinas y los biomarcadores inflamatorios circulantes y de las vías respiratorias desde la semana 2 en adelante. Estas reducciones validan los resultados anteriores y respaldan el papel de tezepelumab en la reducción de la inflamación del asma mediada por TSLP.

574. TRAQUEOMALACIA COMO SECUELA RESPIRATORIA EN LA NEUMONÍA POR SARS-COV-2

M. Zapata Ortega, D. Espejo Castellanos, M. Florencia Pilia, G. Granados Rosales, C.E. Romero Mesones, A. Villar Gómez, Í. Ojanguren Arranz, M.J. Cruz Carmona y X. Muñoz Gall

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Introducción: Tras una neumonía por SARS-CoV-2 se han observado secuelas parenquimatosas en la tomografía computarizada de alta resolución torácica. A pesar de ello, no hay mucha información sobre posibles complicaciones en la vía aérea. El objetivo de este estudio es identificar y caracterizar el grupo de pacientes que al desarrollar neumonía por SARS-CoV2 presentan traqueomalacia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes que ingresaron por neumonía por SARS-CoV-2 desde febrero de 2020 hasta agosto de 2021 en que en control evolutivo, realizado entre los 2 y 6 meses del alta hospitalaria, se observa traqueomalacia en una tomografía computarizada de alta resolución torácica.

Resultados: De 1.920 pacientes visitados, 1.562 presentaron secuelas radiológicas. De este grupo, 10 pacientes presentan, además, traqueomalacia en los cortes espiratorios. En este colectivo, la ratio hombre-mujer fue de 1:1 y la media de edad fue de 60 años. 6 pacientes no tenían patología respiratoria previa, 1 paciente presentaba asma bronquial, 1 paciente presentaba enfermedad pulmonar obstructiva crónica y 2 pacientes tenían apnea obstructiva del sueño y realizaban tratamiento con CPAP. Respecto a la gravedad de la neumonía por SARS-CoV-2, 2 pacientes requirieron ventilación mecánica y 2 soporte ventilatorio no invasivo. Respecto al tratamiento, cabe destacar que solo 2 pacientes recibieron corticoterapia. Tan solo un paciente presentaba morfología de amputación de la curva inspirato-

Tabla 1: Características de la cohorte con traqueomalacia en TACAR torácico tras SARS CoV2

Datos generales				Datos en relación a la infección SARS-CoV2				
Paciente	Sexo	Edad (años)	Patología respiratoria previa	Gravedad neumonía	tratamiento recibido	Morfología espirometría forzada	Afectación parenquimatosa	Afectación vía aérea
1	F	71	No	Sin soporte	Ninguno	-	GGO + retículo	Bronquiectasias Bronquiolitis
2	M	69	EPOC	O2 Venturi	H+K+A	-	GGO	Bronquiolitis
3	M	57	No	SVI	H+A	-	GGO	-
4	M	61	No	SVI	H+K+T+A	-	GGO + retículo	-
5	F	73	No	SVNI	H+K+C+A	-	GGO	Engrosamientos bronquiales
6	F	75	No	Sin soporte	H+R+A	-	GGO	Bronquiectasias
7	F	75	AOS	sin soporte	H+R+A	-	GGO + retículo	Bronquiectasias
8	M	50	No	SRNI	H+K+A	-	GGO	-
9	M	69	AOS	O2 Venturi	H+C	-	GGO	Dilataciones bronquiales
10	F	67	Asma	Sin soporte	H	Amputación curva inspiratoria	GGO + retículo	Dilataciones bronquiales

* F: femenino, M: masculino, EPOC: Enfermedad obstructiva crónica, AOS: Apnea obstructiva del sueño, O2 venturi: Oxigenoterapia con dispositivo venturi, SV: Soporte ventilatorio invasivo, SVNI: soporte ventilatorio no invasivo, H: Hidroxicloroquina, K: Kaletra (Lopinavir/ritonavir), R: Rezolsta (darunavir/cobicistat), T: Tocilizumab, C: Corticoterapia, A: Antibioterapia (ceftriaxona + Azitromicina), GGO: Vidrio deslustrado

ria en la espirometría forzada. Radiológicamente todos tenían afectación parenquimatosa en forma de vidrio deslustrado y 7 pacientes presentaban afectación de la vía aérea asociada en forma de bronquiectasias o bronquiolitis.

Conclusiones: La traqueomalacia es una secuela muy poco frecuente tras la neumonía grave por SARS-CoV-2. En nuestra experiencia se asocia siempre a secuelas parenquimatosas pulmonares y frecuentemente a otras alteraciones de la vía aérea.

406. USO DE RESLIZUMAB EN PACIENTES DE ASMA COMPLEJO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO (HUB)

M. Viles Odriozola, A. Mardones Charroalde, N. Bustillo Agote, E. Brenlla Carballo, M.A. Pastor Martínez, E.C. López-Zalduendo Zapater y J.I. Arriaga Lariz

Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España.

Introducción: El asma Th2 representa el fenotipo más frecuente del asma bronquial y, en concreto, de aquel denominado asma grave. En estos pacientes, los anticuerpos monoclonales anti-IL5 se han consolidado como tratamiento principal de base. El reslizumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea la subunidad alfa de la IL5 reduciendo así la producción y supervivencia del eosinófilo. Sin embargo, es el anti-IL5 menos utilizado en España entre los pacientes asmáticos y son pocos los estudios en vida real disponibles hasta la fecha.

Material y métodos: Se realiza un estudio observacional descriptivo en base a una muestra (n = 17) de pacientes valorados en la consulta de Asma Complejo del HUB, y que han recibido tratamiento con reslizumab durante al menos 6 meses. Se han estudiado sus características basales, los niveles de IgE, el tratamiento complementario recibido y los cambios en el FEV1, el ACT, la eosinofilia en sangre y la toma de corticoides orales tras recibir el tratamiento en cuestión.

Resultados: El 76% de los pacientes estudiados fueron mujeres con niveles de IgE medios de 391,4 kU/L. El 59% de ellos tenían antecedentes alérgicos. Se observó una mejoría del FEV1 de 317 ml y un 11% tras los primeros 6 meses de tratamiento, y de 355 ml y un 19% tras 12 meses. El cambio en la puntuación del ACT observada tras 1 año de tratamiento fue de 12 a 17, junto con una disminución media de las agudizaciones al año de 2,1 a 0,5. La reducción media de la eosinofilia sanguínea fue de 706 a 85 eosinófilos/mm³. Al inicio del seguimiento, 13 pacientes recibían corticoides orales de base, reduciéndose esa

cifra a 8 tras 1 año de tratamiento. En 7 de los 17 pacientes se acabó suspendiendo el reslizumab por otro anticuerpo monoclonal, siendo la causa más frecuente la respuesta parcial a este (4 de los 7).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes estudiados fueron mujeres. En la muestra observada, el reslizumab mostró una mejoría de las pruebas funcionales, la eosinofilia en sangre y la toma de corticoides orales tras 1 año de tratamiento. La mejoría extra del FEV1 observada desde los 6 a los 12 meses de tratamiento fue pequeña. También se observó una mejoría clínicamente significativa basada en el test de ACT (aumento del ACT > 3), aunque sin superar el umbral de buen control (ACT > 20). Sin embargo, son necesarios más estudios para definir mejor cuáles son las características de los pacientes que mejor responderían al tratamiento con reslizumab.

CIRCULACIÓN PULMONAR

605. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN MENSUAL DEL NÚMERO DE CASOS DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE (HGUA) EN EL PERIODO 2019-2021

M. González Moreno, H. López Brull, A. Torres Sánchez, M. Gómez Román, J. Gil Carbonell, F. Pascual Lledó y L. Hernández Blasco

Hospital General de Alicante, Alicante, España.

Introducción: Existen pocos datos sobre el seguimiento y evolución de los pacientes con TEP tras infección por COVID. Nuestro objetivo fue describir las características de estos pacientes en nuestro hospital y su respuesta al tratamiento.

Material y métodos: Se recogieron todos los casos de TEP con y sin infección por COVID-19 ingresados en el HGUA (desde febrero 19 a diciembre 21). En la recogida de datos se ha empleado RIETE. El análisis estadístico se llevó a cabo con SPSS v.22.0.0.0 y Joinpoint Regression Program, versión 4.9.0.0. Se consideró como significación estadística un nivel de p < 0,05. Este estudio ha podido llevarse a cabo gracias a la beca recibida por La Sociedad Valenciana de Neumología.

Resultados: Se registraron un total de 665 pacientes con TEP, 569 casos no asociados a COVID-19 (86%) (278 varones, 49,3%) y 96 casos asociados a COVID-19 (14,5%) (56 varones, 58,3%). El número de TEP no asociados a COVID-19 aumentó de 2019 (141) a 2020 (209) y 2021 (217). Además, si analizamos los periodos correspondientes del 15/3 al 14/8 de cada año se observa: 2019 (61 casos); 2020 (95 casos, 150% incremento respecto a 2019) y 2021 (86 casos). En los varones no COVID-19, el número de casos aumentó de 2019 a 2020, pero disminuyó en 2021; en las mujeres no COVID-19, el número de casos de TEP aumentó progresivamente. No hubo asociación entre el número

Tabla 1. Distribución de frecuencias de casos de TEP no asociados y asociados a COVID19 para la serie global y por sexos, para cada año.

Año	COVID19					
	NO			SI		
	Global	Varones	Mujeres	Global	Varones	Mujeres
2019	141 (25,0)	68 (24,3)	73 (25,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
2020	209 (36,8)	111 (39,6)	98 (33,6)	24 (25,0)	12 (21,4)	12 (30,0)
2021	217 (38,2)	101 (36,1)	116 (40,1)	72 (75,0)	44 (78,6)	28 (70,0)
Total	569 (86,5)	280 (83,3)	289 (86,9)	96 (14,5)	56 (58,3)	40 (41,7)

Entre () se indica el %.