

Comunicaciones

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

Sevilla, 4 al 6 de noviembre de 2021

ASMA

313. ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

T.C. Beuperthuy Levy, A. Bekki, M.N. Balaguer Cartagena y A. de Diego Damiá

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España.

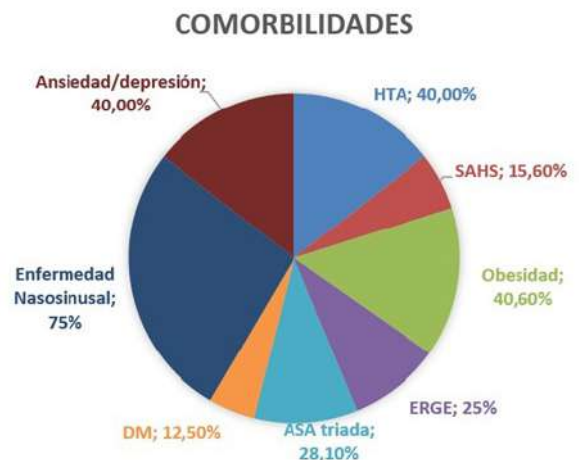
Introducción: La terapia con anticuerpos monoclonales constituye un pilar fundamental en el tratamiento de pacientes con asma grave no controlada. Existen pocos estudios que hayan analizado la adherencia al tratamiento con biológicos. Nuestro objetivo consiste en describir la adherencia al tratamiento y evolución de los pacientes con asma grave en tratamiento con biológicos durante un año de pandemia COVID-19.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico de 32 pacientes con asma grave ya tratados con biológicos en seguimiento en nuestro centro durante 1 año, desde el 15 de marzo de 2020 al 15 de marzo 2021. Se registraron las características demográficas de los pacientes, el cumplimiento del tratamiento con biológicos, ACT, FEV1 (%), ingresos, agudizaciones, cambio de medicación e infección por SARS-CoV-2. Se observó si había diferencias entre los grupos que abandonaron o no el tratamiento.

Resultados: Se incluyó un total de 32 pacientes (19 mujeres y 13 hombres). La edad media fue 62 años (± 10 DE). Las comorbilidades más frecuentes fueron la enfermedad nasosinusal (75%) y la obesidad (40,6%). Los biológicos utilizados fueron mepolizumab en 11 pacientes (34,4%), omalizumab en 10 pacientes (31,3%) y benralizumab en 9 (28,1%), reslizumab 2 (6,3%). 5 pacientes abandonaron el tratamiento (15,6%), de estos, 3 (60%) tenían administración hospitalaria del biológico. 2 pacientes (6,3%) tuvieron COVID-19, de los cuales 1 ingresó por neumonía. 9 pacientes (28,1%) estuvieron en aislamiento por caso probable. No hubo diferencias en cuanto a las exacerbaciones anuales ni en el control del asma en ninguno de los grupos. El 84,6% de los pacientes que tenían administración hospitalaria del biológico cambiaron a administración domiciliaria.

| | ABANDONO DE TRATAMIENTO | NO ABANDONO DE TRATAMIENTO |
|------------------------------|-------------------------|----------------------------|
| EXACERBACIONES (n) | 1,20 (0,44) | 1,44 (0,69) |
| FEV1 (% pred) | 62,67 (8,73) | 74,79 (21,88) |
| ACT | 20,25 (3,40) | 18,23 (4,92) |
| COVID19 (n) | 0 | 2 (6,3%) |
| INGRESOS (n) | 0 | 2 (6,3%) |
| TRATAMIENTO HOSPITALARIO (n) | 3 (60%) | 16 (59,3%) |
| AUTOTRATAMIENTO (n) | 2 (40%) | 11 (40,7%) |

Características de la muestra de acuerdo al cumplimiento del tratamiento.



Comorbilidades de la muestra.

Conclusiones: Los pacientes con asma grave en tratamiento con biológicos han tenido buena adherencia al tratamiento durante la época de pandemia. La administración de tratamiento biológico en domicilio constituye una alternativa para incentivar el cumplimiento del tratamiento en estos pacientes que se probó con éxito en nuestro centro.

703. ANÁLISIS DEL USO DE CORTICOIDES ORALES (GCO) A NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL. ESTUDIO PILOTO

M.A. Romero Falcón¹, J. Guillén Vázquez², D. Ramos Apoyala¹ y J.F. Medina Gallardo¹, F.J. Álvarez Gutiérrez¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

²Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario de Atención Primaria, Sevilla, España.

Introducción: Determinar el número de pacientes asmáticos tratados a nivel de Atención Primaria con más de dos ciclos de GCO de al menos 3 días, durante un año y evaluar cuantos de derivaron para control a Atención especializada.

Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico confirmado de Asma bronquial adscritos a uno de los Centros de Salud participantes. A través de la plataforma de prescripción digital (receta XXI) se contabilizó el número de ciclos de GCO prescritos durante el año 2019, la dosis media (mg), el número de días de tratamiento y el GCO por principio activo prescrito. Como variables se recogió sexo, edad, grado de gravedad de asma y tipo de medicación inhalada prescrita. Se registró así mismo aquellos pacientes en seguimiento a su vez por atención especializada, bien por Unidad de Alergia y/o Neumología.

Resultados: Se analizaron un total 418 pacientes con diagnóstico de asma bronquial, adscritos a un Centro de Salud piloto del área sanitaria. El 58,4% mujeres, y el 41,6% varones. La media de edad fue 41,27 años (39,62-42,91; IC95%). En cuanto a la gravedad del asma se observó que un 50,7% de los pacientes estudiados presentaban asma intermitente, el 15,8% persistente leve, el 28% persistente moderado y el 5,5% persistente grave. Entre los pacientes con asma intermitente o persistente leve precisaron ciclo de GCO en algún momento el 2,8% y 9,1% respectivamente, los pacientes con asma persistente moderado el 18,8% y asmáticos graves un 21,7%. Con respecto al número de ciclos que recibieron, según gravedad de su enfermedad, los pacientes con asma persistente moderado y grave, recibieron ≥ 2 ciclos GCO/año el 2,6% y el 8,7% respectivamente. Hasta el 83,4% de pacientes con demandas anuales de 2 o más ciclos de GCO no fueron derivados a los servicios de Atención Especializada ni constaba seguimiento en dichas consultas.

Conclusiones: A nivel de Atención Primaria es considerable el número de pacientes con asma bronquial que precisan anualmente > 2 ciclos de GCO, la mayoría no son derivados ni reciben seguimiento por ninguno de los Servicios de Atención Especializada. Es importante concienciar a los compañeros de Atención Primaria de la necesidad de derivar a estos pacientes.

197. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON BRONCODILATACIÓN POSITIVA EN ESPIROMETRÍA REALIZADA EN ATENCIÓN PRIMARIA A LO LARGO DE 10 AÑOS

A. Gómez Larrauri^{1,2}, S. Pérez Fernández³, J. Andía Iturrate^{1,2}, E. Garay Llorente^{1,2}, A. Rezola Carasusan^{1,2}, J.B. Gáldiz Iturri¹, M. Iriberrí Pascual^{1,2} y N. Marina Malanda^{1,2}

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, España. ²Biocruces Bizkaia Health Research Institute, Barakaldo, España. ³Scientific Coordination Facility, Biocruces Bizkaia Health Research Institute, Barakaldo, España.

Introducción: La espirometría con broncodilatación supone criterio de calidad en seguimiento y control de pacientes con asma. Accesible tanto en consulta especializada como Atención Primaria. El Servicio Vasco de Salud dispone de un programa de telemedicina para control de calidad de espirometrías realizadas desde 2010 que alcanza pue-

bas de buena calidad en $> 80\%$ de casos con estudio coste-efectividad positivo. Objetivo: evaluar las características de pacientes a los que se les ha realizado una espirometría con resultado positivo en la broncodilatación.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron datos de una base de datos con 41.286 espirometrías de buena calidad vinculadas a datos clínicos. Se han analizado datos de espirometrías con broncodilatación positiva (BD+). Mediante un análisis descriptivo de las variables registradas se han evaluado diferencias en cuanto características de pacientes, valores de espirometrías pre y post-BD, diagnósticos y tratamientos en 4 grupos de edad: $\leq 14a$, 14,1-65a, 65,1-80a y $\geq 80a$. Las variables se describen como núm. absoluto y porcentajes y se consideró estadísticamente significativa $p < 0,05$.

Resultados: Se recogieron datos de 6.214 espirometrías con BD+. 3.461 (55,7%) hombres y 2.753 (44,3%) mujeres, mayoría hombres en grupos de menor y mayor edad (60 y 63%) y mayoría mujeres en mediana edad. El índice masa corporal fue similar en todos los grupos (sobrepeso leve) excepto en $\leq 14a$ donde predominaba normopeso. Eosinofilia más elevada en $\leq 14a$ respecto al resto de grupos (Eos 670, 8,86%). 48,2% pacientes nunca habían fumado, 28,3% fumadores activos y 23,6% exfumadores. El motivo de petición de las pruebas fue control de patología conocida seguida de diagnóstico. Las espirometrías tanto pre como post-BD mostraron obstrucción en todos los grupos excepto $\leq 14a$ lo que supone obstrucción fija en todos excepto niños. Donde se objetiva mayor broncodilatación es entre 14,1-65a: 19,4% mejoría en FEV1. Solo 62,9% de pacientes con espirometría y BD+ tenía un diagnóstico de asma bronquial registrado. Con respecto al tratamiento: B2 agonista acción corta y CI en monoterapia fue el tratamiento de elección en $< 14a$, en el resto la combinación LABA+CI.

| Variables | | Total | $\leq 14a$ | 14,1-65a | 65,1-80a | $\geq 80a$ | p |
|-------------|----------|--------------|-------------|--------------|-------------|-------------|--------|
| Sexo | Hombres | 3461 (55.7%) | 375 (60.4%) | 2198 (54.2%) | 760 (57%) | 128 (63.1%) | 0.002 |
| | Mujeres | 2753 (44.3%) | 246 (39.6%) | 1859 (45.8%) | 573 (43%) | 75 (36.3%) | |
| IMC | Núm. abs | 26.6 | 18.0 | 26.8 | 25.4 | 28.5 | <0.001 |
| | % | 320 | 670 | 330 | 260 | 250 | <0.001 |
| Eosinófilos | Núm. abs | 4.40 | 8.86 | 4.36 | 3.54 | 3.70 | <0.001 |
| | % | 1700 (28.3%) | 6 (0.99%) | 1458 (37.2%) | 226 (17.5%) | 10 (5.10%) | <0.001 |
| Tabaquismo | Si | 2893 (48.2%) | 598 (98.8%) | 1640 (41.8%) | 538 (41.8%) | 117 (59.7%) | <0.001 |
| | No | 1415 (23.5%) | 1 (0.17%) | 822 (21%) | 523 (40.5%) | 89 (35.2%) | <0.001 |
| | Ex | | | | | | |

Tabla 1. Características de los pacientes con espirometría con BD positivo (n=6214).

| Variables | | Total | $\leq 14a$ | 14,1-65a | 65,1-80a | $\geq 80a$ | p |
|----------------------|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------|
| Motivo petición PFR | Estudio/Dx | 5114 (5.2%) | 405 (67.4%) | 1934 (48.5%) | 654 (50.9%) | 121 (61.7%) | <0.001 |
| | Control | 2310 (38.6%) | 185 (30.9%) | 1538 (38.4%) | 524 (40.8%) | 62 (31.6%) | <0.001 |
| | Tabaquismo | 323 (5.3%) | 0 (0%) | 275 (7.0%) | 45 (3.5%) | 0 (0%) | <0.001 |
| | Otros | 243 (4.0%) | 10 (1.6%) | 159 (4.0%) | 61 (4.7%) | 13 (6.5%) | <0.001 |
| Espirografía basal | FVC ml (%) | 5220 (82%) | 2370 (94.3%) | 3630 (84.3%) | 2540 (71.7%) | 2130 (66%) | <0.001 |
| | FEV1 ml (%) | 2130 (70.5%) | 1840 (85.2%) | 2410 (71.4%) | 1570 (62.7%) | 1230 (57.5%) | <0.001 |
| | FEV1/FVC (%) | 63.3 | 76.2 | 62.9 | 59.5 | 58.1 | <0.001 |
| Espirografía post-BD | FVC ml (%) | 3410 (86.8%) | 2340 (93.1%) | 3830 (88.5%) | 2760 (77.9%) | 2360 (73.1%) | <0.001 |
| | FEV1 ml (%) | 2510 (83%) | 2120 (98.1%) | 2850 (84.4%) | 1840 (73.4%) | 1430 (70.7%) | <0.001 |
| | FEV1/FVC (%) | 67.5 | 62.6 | 67.5 | 61.6 | 59.9 | <0.001 |
| | Mejoría FEV1 (%) | 18.8 | 16.2 | 19.4 | 18.4 | 18.2 | <0.001 |
| Mejoría FVC (%) | 11.5 | 6.66 | 11.2 | 14.2 | 14.8 | <0.001 | |

Tabla 2. Motivo petición PFRs y valores espirometría con BD+ (n=6214).

| Variables | | Total | $\leq 14a$ | 14,1-65a | 65,1-80a | $\geq 80a$ | p |
|----------------------|-----------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------|
| Diagnósticos por CIE | Asma | 3910 (62.9%) | 571 (91.9%) | 2657 (65.5%) | 587 (44%) | 95 (46.8%) | <0.001 |
| | EPOC - enfisema | 1664 (26.77%) | 3 (0.48%) | 750 (20.7%) | 696 (52.25%) | 125 (61.55%) | <0.001 |
| | Tabaquismo | 1452 (23.4%) | 5 (0.81%) | 1130 (27.9%) | 295 (22.1%) | 22 (10.8%) | <0.001 |
| | Bronquitis aguda | 1502 (30.6%) | 217 (34.5%) | 1091 (26.9%) | 519 (38.9%) | 75 (36.9%) | <0.001 |
| | Insuficiencia respiratoria | 759 (12.2%) | 50 (8.05%) | 368 (9.07%) | 270 (20.3%) | 71 (35%) | <0.001 |
| | Broncoespasmo por ejercicio | 13 (0.21%) | 6 (0.97%) | 7 (0.17%) | 0 (0%) | 0 (0%) | <0.001 |
| | Otros | 1169 (18.8%) | 39 (6.28%) | 731 (18%) | 346 (26%) | 53 (26.1%) | <0.001 |
| Tratamiento | Neumonia | 699 (11.2%) | 59 (9.34%) | 345 (8.50%) | 238 (17.9%) | 58 (28.6%) | <0.001 |
| | Otros | 3635 (58.47%) | 391 (62.88%) | 2144 (52.76%) | 928 (69.57%) | 172 (84.72%) | <0.001 |
| | B2 corta | 2873 (46.2%) | 454 (73.1%) | 1861 (45.9%) | 471 (35.3%) | 87 (42.9%) | <0.001 |
| | B2 larga | 226 (3.64%) | 0 (0%) | 123 (3.03%) | 86 (6.45%) | 17 (8.37%) | <0.001 |
| | CI | 1149 (18.5%) | 377 (60.7%) | 622 (15.3%) | 137 (10.3%) | 13 (6.40%) | <0.001 |
| | B2 larga + CI | 3221 (51.8%) | 190 (30.6%) | 2172 (53.5%) | 736 (55.2%) | 123 (60.6%) | <0.001 |
| | Anticolinérgicos | 945 (15.2%) | 3 (0.48%) | 497 (12.3%) | 375 (28.1%) | 70 (34.5%) | <0.001 |
| | B2 larga + Anticolinérgicos | 361 (5.81%) | 1 (0.16%) | 191 (4.71%) | 143 (10.7%) | 26 (12.8%) | <0.001 |
| | Antileucotrienos | 263 (4.27%) | 31 (4.99%) | 135 (3.33%) | 31 (2.35%) | 6 (2.96%) | 0.021 |
| | Antihistamínicos | 2207 (35.5%) | 281 (45.2%) | 1413 (34.8%) | 456 (34.2%) | 57 (28.1%) | <0.001 |
| | Corticoides nasal | 1955 (31.5%) | 278 (44.8%) | 1288 (31.7%) | 348 (26.1%) | 41 (20.2%) | <0.001 |

Tabla 3. Diagnósticos y tratamientos de pacientes con espirometría con BD+ (n=6214).

Conclusiones: El 15% del total de las espirometrías solicitadas y de buena calidad tuvieron BD+. Las espirometrías tanto pre-BD como post-BD mostraron un patrón obstructivo en todos los grupos de edad

excepto $\leq 14a$. Donde se objetiva una mayor broncodilatación es entre 14-65a con 19,4% mejoría en el FEV1. Solo el 62,9% de los pacientes con espirometría y BD+ tenía diagnóstico de asma registrado.

454. ANÁLISIS TRAS LA SUSPENSIÓN O MODIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES ASMÁTICOS DE NUESTRA UAG

L. Albarran de la Cruz, T. Gutiérrez Urra, F.J. Campano Lancharro, S. Herrero Martín, B. Fernández Infante, I. Bengoechea Calvo y P. Cebollero Rivas

Complejo Hospitalario de Navarra (CHN), Pamplona, España.

Introducción: La actual disponibilidad de fármacos biológicos para el tratamiento del asma grave permite el abordaje dirigido por fenotipos que obliga a la revisión y mejor tipificación de los pacientes. El objetivo era analizar la evolución de los pacientes que han precisado retirada o modificación en su tratamiento biológico tras al menos un año de terapia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Criterios de inclusión para el análisis: pacientes atendidos en la UAG con tratamiento biológico de al menos un año de evolución a los que se les retiró dicho tratamiento. Tiempo de inclusión: desde 2006 hasta 2019. Se analiza el motivo de suspensión, la evolución tras la misma y el cambio a otro biológico y su evolución si este fue necesario.

Resultados: Durante ese periodo, un total 82 de nuestros pacientes había recibido el tratamiento al menos durante un año. De ellos, un 63,2% eran mujeres, con una edad media de 59,24 años ($\pm 13,38$) y un IMC medio de 28,86 ($\pm 5,63$). Se retiró el tratamiento en 32 (29,8%) pacientes (31 en tratamiento con omalizumab y 1 con reslizumab). El motivo de retirada fue la mejoría y tiempo de tratamiento suficiente según protocolo en 12 pacientes (37,5%), en 16 casos (50%) por falta de respuesta (FR) o respuesta parcial (RP) y en 4 (12,5%) por otras causas (dolor en EEII, vasculitis, comienzo de tratamiento con QT y neoplasia cerebral). De los retirados por FR o RP, 11 iniciaron tratamiento con otro biológico: 8 mepolizumab, 1 reslizumab y 2 benralizumab. Todos los pacientes mejoraron la respuesta a excepción de 1 paciente de los tratados con mepolizumab y otros 3 que aún no se ha valorado respuesta. De los 12 pacientes a los que se les retiró por buena respuesta y estabilidad, 4 (36,3%) presentaron mala evolución: dos reiniciaron tratamiento, otro falleció por otras causas y el cuarto está pendiente de valoración de reinicio.

Conclusiones: Un porcentaje elevado de pacientes que habían llevado al menos un año de tratamiento precisaron suspensión o cambio de tratamiento por evolución no satisfactoria. Este hecho está condicionado por el inicio de tratamiento fuera de protocolo en el momento en que solo se disponía de omalizumab y por la creación de la UAG y posterior revisión de los casos. La evaluación continua de la respuesta, incluso en periodos superiores a los indicados, permite el cambio a otros tratamientos que, en un porcentaje significativo de casos, conduce a la mejora de los pacientes.

623. ANTICUERPOS MONOCLONALES EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADO, EFICACIA Y EFECTOS ADVERSOS

M. Garci-Varela Olea, J. Alcántara Fructuoso, M.J. Córcoles Valenciano y J.C. Vera Olmos

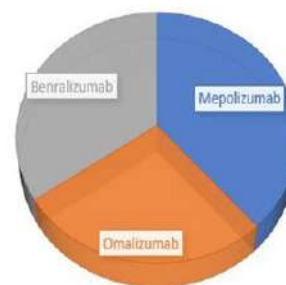
Hospital Morales Meseguer, Murcia, España.

Introducción: Los avances en el tratamiento con anticuerpos monoclonales de los pacientes con asma grave no controlado (AGNC) se basa en el fenotipo inflamatorio de la patología, siendo cada día un tratamiento más personalizado. Este estudio pretende mostrar la eficacia de estas nuevas terapias, así como los diferentes efectos secun-

darios que presentan y contribuyen a la suspensión del tratamiento. **Material y métodos:** En el año 2019 se inició la administración de tratamiento con los anticuerpos monoclonales omalizumab, mepolizumab y benralizumab a 26 pacientes con AGNC, en el Hospital Morales Meseguer (Murcia) por parte del S. de Neumología. Hemos realizado un estudio observacional descriptivo, retrospectivo, transversal con un periodo de seguimiento desde el inicio del fármaco hasta el momento actual (abril-21).

Resultados: La muestra presentaba una media de edad de 55 años (DE 11), con un rango de edades de 44 y 66 años, siendo un 69,2% (n = 18) mujeres. El 38,5% (n = 10) eran fumadores activos o exfumadores y un 61,5% (n = 16) presentaban un IMC > 25. El 69,2% (n = 18) de los pacientes estaban tomando corticoides orales y un 76,9% (n = 20) fueron adiestrados previamente en la consulta de inhaladores. De los 26 pacientes analizados, el 38,5% (n = 10) recibieron tratamiento con mepolizumab, 26,9% (n = 7) con omalizumab y 34,6% (n = 9) con benralizumab. Tras la administración del fármaco, el 23,1% (n = 6) sufrió algún tipo de reacción adversa: un 15,4% (n = 4) sufrieron reacciones adversas leves-moderadas y un 7,7% (n = 2) graves. El 38,5% (n = 10) precisó la retirada del tratamiento: el 11,5% (n = 3) por no mejoría, el 19,2% (n = 5) por los efectos adversos, y el 7,7% (n = 2) por otras causas. En la evolución de los pacientes tras administrar el tratamiento, el 53,8% (n = 14) se descendió la corticoterapia oral y en un 19,2% (n = 5) se redujo el tratamiento con inhaladores. El el 57,7% (n = 15) mejoró clínicamente y el 63,2% (n = 12) presentaron mejoría funcional (FEV1).

ANTICUERPOS MONOCLONALES



Tratamiento con anticuerpos monoclonales.

| Variables | Resultados |
|---------------------------------|-------------|
| Edad media | 55+/-11 |
| Sexo | |
| Hombre | 30,8%(n=8) |
| Mujer | 69,2%(n=18) |
| Tabaco | 38,5%(n=10) |
| IMC | |
| >25 | 61,5%(n=16) |
| <25 | 38,5%(n=10) |
| HTA | 19,2%(n=5) |
| DM | 23,1%(n=6) |
| Corticoide oral | 69,2%(n=18) |
| Tratamiento completo | 73,1%(n=19) |
| Criterios de asma no controlada | 96,2%(n=25) |
| Consulta inhaladores | 76,9%(n=20) |
| Tipo de Biológico | |
| Omalizumab | 38,5%(n=10) |
| Mepolizumab | 26,9%(n=7) |
| Benralizumab | 34,6%(n=9) |
| Efectos adversos | 23,1%(n=6) |
| Retirada de fármaco | 38,5%(n=10) |
| Descenso prednisona oral | 53,8%(n=14) |
| Descenso inhalador | 19,2%(n=5) |
| Mejoria clínica | 57,7%(n=15) |
| Mejoria del FEV 1 | 63,2%(n=12) |
| Uso de rescates | 73,1%(n=19) |
| Exacerbaciones | 61,5%(n=16) |

Características basales de la muestra.

Conclusiones: Los resultados obtenidos son prometedores en la mejoría clínica y funcional de los pacientes, siendo similares a estudios previos. Cabe destacar que el 38,5% de los pacientes suspendió el tratamiento: 11,5% por no mejoría clínica, 19,2% por los efectos adversos y 7,7% por otras causas. Sin embargo, este estudio presenta algunas limitaciones debido al pequeño tamaño muestral, por lo que sería necesario continuar incluyendo un mayor número de pacientes y una mayor duración para poder clasificar la efectividad de los diferentes fármacos, los efectos adversos y el motivo de suspensión.

699. ASMA GRAVE MAL CONTROLADA (AGNC) EN PEDIATRÍA: NUESTRA EXPERIENCIA CON OMALIZUMAB

M. Queralt García, M.J. Moreno Valera, M. Manzaneda Navío, P. Agudo Montore y M. Piera Gaboli

Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción: El objetivo del tratamiento del asma es alcanzar y mantener el control de los síntomas, así como prevenir el riesgo futuro, especialmente de exacerbaciones. El omalizumab (OMB) es un anticuerpo monoclonal que disminuye las concentraciones plasmáticas de IgE (aumentadas en 2/3 de los pacientes, especialmente pediátricos) y, según la GEMA 5.0, está indicado en pacientes ≥ 6 años con AGNC alérgica y valores de IgE total entre 30-1.500 UI. Se pretende así evaluar la respuesta al tratamiento con OMB en la práctica clínica habitual de nuestro centro.

Material y métodos: Estudio observacional con seguimiento retrospectivo de los pacientes tratados con OMB durante al menos 12 meses en el Hospital Infantil Virgen del Rocío desde 2010. Se realiza la recogida y análisis de datos en Excel y SPSS.

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes asmáticos que cumplían criterio de tratamiento con OMB, salvo un niño de 4 años (uso fuera de ficha técnica). El promedio de seguimiento previo al inicio fue de 3,8 años. El 85,4% eran varones, la edad media de 9,8 años y el 93,75% asociaba alguna comorbilidad (fig. 1). Todos estaban en escalón 5 de tratamiento según la GEMA 5.0, el 90,6% precisó glucocorticoides orales (GCO) como mantenimiento y el 93,75% tenían un mal control de su asma según el ICON de 2012. La media de FEV1 era 85,12%, aunque 14 pacientes (43,75%) partían de un patrón obstructivo (FEV1 < 80%) que se normalizó tras un año en la mitad. El tratamiento con OMB redujo el número de exacerbaciones desde el primer año (decremento del 80%, $p < 0,001$), mejoró la espirometría (aumento de FEV1 a los 3 años: $p < 0,007$) e incrementó el control del asma ($p < 0,001$), permitiendo una desescalada mantenida en ≥ 1 escalones terapéuticos ($p < 0,005$ al año y $p < 0,001$ a los 3 años) (fig. 2). Hasta 15 pacientes

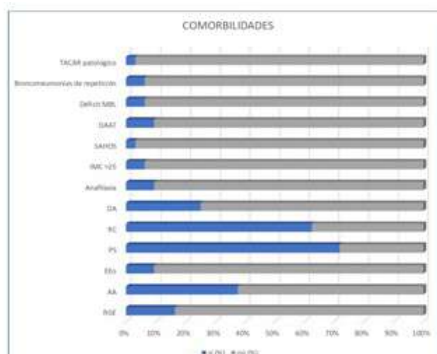


Figura 1. DAAT: déficit de alfa 1 antitripsina; SAHOS: síndrome de apnea e hipopnea del sueño; IMC: índice de masa corporal; DA: dermatitis atópica; RC: rinoconjuntivitis; PS: polisensibilización; Eeo: esofagitis eosinofílica; AA: alergia alimentaria; RGE: reflujo gastroesofágico.

Figura 1. DAAT: déficit de alfa 1 antitripsina; SAHOS: síndrome de apnea e hipopnea del sueño; IMC: índice de masa corporal; DA: dermatitis atópica; RC: rinoconjuntivitis; PS: polisensibilización; Eeo: esofagitis eosinofílica; AA: alergia alimentaria; RGE: reflujo gastroesofágico.

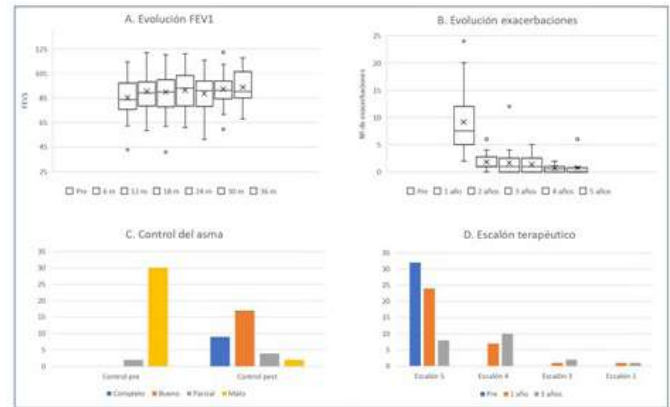


Figura 2. Evolución de los pacientes con OMB: A. Aumento del FEV1 en los primeros 3 años; B. Disminución del número de exacerbaciones/año; C. Mejoría en el control del asma según la clasificación del ICON 2012; D. Desescalada terapéutica según GEMA 5.0.

Figura 2. Evolución de los pacientes con OMB: A. Aumento del FEV1 en los primeros 3 años; B. Disminución del número de exacerbaciones/año; C. Mejoría en el control del asma según la clasificación del ICON 2012; D. Desescalada terapéutica según GEMA 5.0.

(46,8%) completaron el tratamiento en una media de 4,5 años y el resto (aún en seguimiento) lo realizaron durante 3 años (mediana). Solo 5 niños (15,6%) manifestaron reacciones leve-moderadas transitorias (cefalea, cuadro intercurrente o reacción cutánea) sin precisar interrumpir la terapia.

Conclusiones: El uso de OMB en la práctica clínica de nuestro centro ha permitido mejorar muy significativamente el control del asma de nuestros pacientes. Tras solo un año de tratamiento se consiguió rebajar la terapia de mantenimiento, suspender los GCO y disminuir de forma llamativa el número de exacerbaciones anuales.

178. ASOCIACIÓN DEL CONSUMO DE PARACETAMOL CON SÍNTOMAS DE RINITIS

A. Acevedo Prado¹, M.T. Seoane Pillado², A. López-Silvarrey Varela³, S. Pérttega Díaz⁴, C. Rodríguez García⁵, L. Bamonde Rodríguez⁶, L. Garnelo Suárez⁶, T. Pérez Castro⁷, M. Sampedro 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 Neumología-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. ⁸Servicio de Neumología-Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; Grupo de investigación TRIAD-FIDIS; CIBER Enfermedades Respiratorias, Instituto de Salud Carlos III, Madrid; Departamento de Medicina-Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Introducción: Diversos estudios parecen sustentar alguna relación entre el consumo de paracetamol y un aumento en la prevalencia de asma. Sin embargo, la relación entre el consumo de este fármaco y la rinitis no ha sido estudiada. El objetivo de nuestro estudio es analizar la relación entre el consumo de paracetamol y la incidencia de rinitis.

Material y métodos: Realizamos un estudio transversal en niños y adolescentes de Galicia utilizando los cuestionarios del estudio ISAAC. 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. En el grupo de 6-7 años el consumo de paracetamol se obtuvo a partir de las preguntas: 1) En los primeros 12 meses de la vida de su hijo/a, ¿le dio habitualmente paracetamol? con opciones de respuesta Si/No. 2) En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha dado a su hijo/a paracetamol? Con posibles respuestas: 1) Nunca; 2) Al menos una vez al año; 3) Al menos una vez al mes. En el grupo de 13-14 años solo se pregunta por el consumo de paracetamol en el último año con la pregunta: ¿En los últimos 12 meses, con qué frecuencia has tomado paracetamol? Con posibles respuestas: 1) Nunca; 2) Al menos una vez al año; 3) Al menos una vez al mes. Para el diagnóstico de rinitis establecimos 4 posibilidades. "Rinitis alguna vez" si habían tenido alguna vez estornudos, goteo o taponamiento nasal 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 y lagrimeo de ojos. "Rinoconjuntivitis grave" si estos síntomas impedían las actividades diarias muchas veces. Mediante regresión logística calculamos los odds ratio (OR) de prevalencia de síntomas de rinitis en función del consumo de paracetamol, 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 (tasa de respuesta 72,4%) y 10,730 en el grupo de 13-14 años (tasa de respuesta 84,4%). La prevalencia de rinitis se muestra en la tabla 1. Un mayor consumo de paracetamol se asocia con mayor prevalencia de rinitis (tabla 2).

Tabla 1.- Prevalencia de síntomas de rinitis

| | | 6-7 años | | 13-14 años | |
|----------------------------|----|----------|------|------------|------|
| | | N | % | N | % |
| Rinitis alguna vez | no | 7546 | 70,6 | 5775 | 53,8 |
| | si | 3144 | 29,4 | 4955 | 46,2 |
| Rinitis reciente | no | 8128 | 76,0 | 7032 | 65,5 |
| | si | 2562 | 24,0 | 3698 | 34,5 |
| Rinoconjuntivitis reciente | no | 9460 | 88,5 | 8993 | 83,8 |
| | si | 1230 | 11,5 | 1737 | 16,2 |
| Rinoconjuntivitis grave | no | 10680 | 99,9 | 10713 | 99,8 |
| | si | 10 | 0,1 | 17 | 0,2 |

N: número de casos

Tabla 2.- Odds Ratio de prevalencia de 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

| | Rinitis alguna vez | Rinitis reciente | Rinoconjuntivitis reciente | Rinoconjuntivitis grave |
|---|---------------------|---------------------|----------------------------|-------------------------|
| 6-7 años | | | | |
| Paracetamol en el primer año de vida | | | | |
| No | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Si | 1,623 (1,460-1,804) | 1,574 (1,407-1,761) | 1,398 (1,202-1,625) | 1,661 (0,389-7,082) |
| Paracetamol en el último año | | | | |
| Nunca | 1 | 1 | 1 | |
| Al menos una vez al año | 1,630 (1,366-1,946) | 1,829 (1,502-2,229) | 1,561 (1,193-2,044) | 0,647 (0,072-5,820) |
| Al menos una vez al mes | 3,621 (2,857-4,580) | 3,888 (3,015-5,014) | 3,687 (2,663-5,105) | 3,270 (0,290-36,923) |
| 13-14 años | | | | |
| Paracetamol en el último año | | | | |
| Nunca | 1 | 1 | 1 | |
| Al menos una vez al año | 1,234 (1,086-1,403) | 1,415 (1,231-1,627) | 1,513 (1,247-1,843) | 0,000 |
| Al menos una vez al mes | 2,024 (1,735-2,362) | 2,232 (1,899-2,624) | 2,916 (2,358-3,605) | 3,882 (0,359-41,963) |

Conclusiones: El consumo de paracetamol se asocia con mayor prevalencia de rinitis en niños y adolescentes.

592. BENRALIZUMAB EN EL ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA: USO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

M. Martins Baptista, D. Pimenta Rocha, J. Jesus Barata, S. Costa Martins, A. Pedro Craveiro, I. Vicente Lopes y M.J. Valente

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, Covilhã, Portugal.

Introducción: El asma grave representa una elevada carga para los pacientes y el sistema sanitario. La identificación de fenotipos clínicos y biomarcadores, como la eosinofilia, permite un tratamiento dirigido con beneficio en el control del asma. El benralizumab es un anticuerpo monoclonal antirreceptor α de IL-5, que se administra por vía subcutánea cada 8 semanas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con asma eosinofílica grave con tratamiento optimizado por lo menos 2 exacerbaciones en el año anterior tratados con benralizumab en un Hospital Universitario (aprobación nacional desde 2019).

Resultados: 5 pacientes, 3 de ellos mujeres, edad media de 60 años, recibieron benralizumab entre noviembre de 2019 y abril de 2021. La duración media del seguimiento fue de 12 meses. 1 paciente había sido tratado con omalizumab sin mejoría. Las comorbilidades relevantes incluyeron obesidad (60%), rinosinusitis (40%), reflujo gastroesofágico (40%), depresión/ansiedad (40%) y bronquiectasias (20%). Los pacientes presentaron síntomas no controlados y una mediana de 4 exacerbaciones en el año anterior, con visitas a urgencias en 3 pacientes e ingreso en 1 caso. En los 12 meses anteriores al tratamiento biológico, el 80% de los pacientes recibieron dos o más ciclos de corticosteroides orales (CO) y el 60% recibieron dos o más ciclos de antibióticos. Todos los pacientes mantenían el uso diario de medicación de rescate, a pesar de las altas dosis de corticoides inhalados y al menos otros dos medicamentos de control. El recuento basal medio de eosinófilos en sangre fue de 1.260/ μ l y la IgE total fue de 305 UI/ml. Las pruebas de función pulmonar al inicio del estudio presentaron un FEV1 medio de 1,83 L, una FVC media de 2,86 L y un FEV1/FVC medio de 61%. Durante el tratamiento con benralizumab, ninguno de los pacientes experimentó nuevas exacerbaciones o necesidad de CO. El 40% de los pacientes dejaron de necesitar medicación de rescate. El recuento de eosinófilos se redujo a cero en todos los pacientes. 2 pacientes mostraron una mejoría superior a 200 ml en el FEV1. No hubo efectos adversos significativos de anti-IL-5 α .

Conclusiones: Con el tratamiento con benralizumab se observó una reducción completa en las exacerbaciones y el uso de CO. A pesar del pequeño número, estos resultados están en consonancia con la literatura, y demuestran el beneficio en la vida real del anti-IL-5 α .

545. BENRALIZUMAB: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE

C. Mier Bango, C. López Garay, C. Menéndez Sánchez, P. Franco Suárez, L. Carazo Fernández y E. Bollo de Miguel

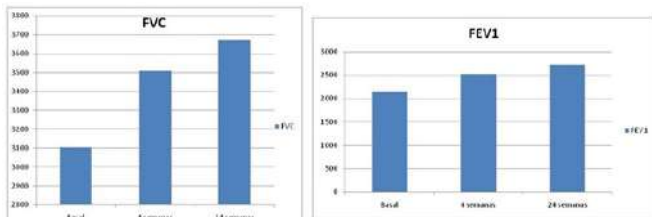
Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.

Introducción: El benralizumab es un anticuerpo monoclonal que se une a la subunidad alfa del receptor IL-5, dando una depleción persistente de la eosinofilia periférica. El objetivo es valorar su eficacia y seguridad en pacientes con asma grave eosinofílica no controlada refractaria a tratamientos convencionales y en condiciones de vida real.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional. 31 pacientes con asma grave eosinofílica no controlada, 18 mujeres (58,1%) y 13 hombres (41,9%), tras 6 meses de tratamiento con benralizumab. Edad media al inicio del tratamiento: 58,5 años (rango entre 38 y 83 años). Edad media al diagnóstico de asma: 36,6 años. Todos asma de inicio tardío. 83,9% (26) no fumadores. Atopia 32,3% (10). Comorbilidades: EREA 16,1% (5). Poliposis 48% (15). RGE 32% (10); obesidad

22,6% (7); depresión/ansiedad 16,1% (5); SAHS 3,2% (1). 17 pacientes (54,8%) en escalón 5 de GEMA 5.0 y 14 (45,2%) en el 6, tratados con corticoides orales (C.O.). 100% CI a dosis altas + LABA, 87% LAMA, 77% montelukast y 16% azitromicina. 8 con tratamiento biológico previo: 7 omalizumab y 2 mepolizumab. Análisis al inicio, al mes y a los 6 meses de características clínicas, biomarcadores (eosinofilia, IgE total, FEno), exacerbaciones, ACT, función pulmonar (FVC, FEV1), tolerancia, efectividad, seguridad, dosis de C.O. y número de pacientes corticodependientes. Biomarcadores: IgE total 218 UI (2,4-1.058). Eosinofilia sérica media: 610 (120-1.300). FEno al inicio: 45ppb (5-120).

Resultados: Eosinofilia sérica a las 4 y a las 24 semanas: 0,0. Exacerbaciones el año previo al inicio de benralizumab: 4,22 (2-9). A los 6 meses 0,16 (0-1). Valor medio de ACT inicial: 14 (8-19). Al mes: 23. A los 6 meses: 24 (todos > 20 puntos). Aumento de FEV1 y FVC desde el primer mes, con mejoría a los 6 meses. Dosis media de C.O. en los 14 pacientes corticodependientes 6,10 mg/día de prednisona o equivalente (2-15). A los 6 meses solo un corticodependiente, con 2,5 mg/día (50% de la dosis inicial).



Conclusiones: Mejora significativa en los parámetros clínicos de nuestros pacientes: reducción de las exacerbaciones (no ingresos), mejoría del control del asma, mejoría funcional espirométrica y reducción del uso de C.O. Reducción de eosinófilos en valoración a las 4 y 6 semanas. Efectivo también en los pacientes con falta de respuesta a otros biológicos (omalizumab y mepolizumab). Efectos secundarios leves en 3 pacientes (9,7%) referidos durante la visita al mes: fiebre, mialgias y cuadro pseudogripal. No retiradas por efectos adversos. El número de exacerbaciones documentadas el año previo al inicio de benralizumab tenía una media de 4,22 (2-9). Durante el mes siguiente al inicio de benralizumab la media fue de 0,03 (0-1) exacerbaciones. A los 6 meses, persistía la reducción drástica de exacerbaciones con una media de 0,16 (0-1). En el FVC mejoría media al mes de 411 ml y de 566 a los 6 meses. También en el FEV1 encontramos mejoría media de de 386 ml y de 589 a los 6 meses.

81. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LOS PACIENTES ASMÁTICOS GRAVES TRATADOS CON BENRALIZUMAB

M. Acosta Dávila, A. Álvarez Brito, L. Dahmazi Dahmazi y E. Martínez Moragón

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

Introducción: En los ensayos clínicos de desarrollo de benralizumab se produjeron cambios significativos en la calidad de vida de los pacientes tratados pero no siempre clínicamente relevantes.

Material y métodos: Hemos querido analizar los cambios en la calidad de vida en nuestra población de pacientes con asma grave eosinofílica tras un año de la adición de benralizumab. 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 una modificación > 0,5 puntos se considera un cambio mínimamente relevante, > 1 punto un cambio moderado y > 1,5 puntos un cambio grande.

Resultados: De una muestra de 20 pacientes, 12 eran mujeres (60%) con una edad media de 58 años (35-78). 8 pacientes (40%) habían sido tratados previamente con otros biológicos: omalizumab (3), mepolizumab (2) o ambos (3). Respondieron al año de tratamiento 19 pacientes (95%), con mejoría en la puntuación en el ACT (media de incremento 8,8 ± 3), reducción de exacerbaciones (reducción media 3,6 ± 2) e incremento en FEV1 (aumento medio 110 ± 5 ml). En 19 pacientes la puntuación del miniAQLQ mejoró (diferencia media de 1,58 ± 1 puntos) significativamente, obteniendo en la mayoría (15 pacientes -79%-) un cambio grande, en 2 pacientes (10%) un cambio moderado y en los 2 restantes (10%) el mínimo cambio relevante desde el punto de vista clínico. El incremento en la calidad de vida no se correlacionó significativamente (Pearson) con ninguna de las características previas del asma (poliposis, función pulmonar, nº exacerbaciones, eosinofilia) ni del paciente (sexo, edad, IMC), ni con las mejorías conseguidas al año en función pulmonar ni en reducción de exacerbaciones; sin embargo se correlacionó con la mejoría en la puntuación en ACT (r: 0,658, p = 0,002).

Conclusiones: En nuestra práctica clínica habitual estamos viendo grandes mejorías de la calidad de vida de los pacientes tratados con benralizumab, muy superiores a las que se apreciaron en los ensayos clínicos. La mejoría en calidad de vida guarda relación con la mejoría en el control clínico.

403. CAMBIOS DETECTADOS EN LA OSCILOMETRÍA TRAS LA PRUEBA BRONCODILATADORA: CORRELACIÓN CON LA ESPIROMETRÍA FORZADA

E. Curto Sánchez, E. Palones Femenia, I. Podzamczar Valls, S. Sánchez Maza, L. Soto Retes, A. Crespo Lessmann y V. Plaza Moral
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción: La oscilometría respiratoria permite medir la mecánica pulmonar en respuesta a la aplicación a ondas vibratorias de diferentes frecuencias. Todavía no se dispone de valores estandarizados para definir la prueba broncodilatadora.

Material y métodos: Se analizaron los datos de pacientes derivados por sospecha de asma y se les realizó espirometría y oscilometría antes y después de la administración de un broncodilatador (400 µg de salbutamol o 80 µg de ipratropio).

Resultados: En total se analizaron 48 pacientes y se obtuvieron 8 pruebas broncodilatadoras positivas en FEV1 y 20 en FEV25-75. En la tabla 1 se pueden ver las características de la población estudiada, los valores obtenidos en ambas pruebas y el cambio producido en valor absoluto y porcentual. El cambio medio de FEV1 fue de 8,93%, mientras que en la oscilometría todos los valores mostraron cambios mayores, alcanzando incluso el 65% en R5-20. En la tabla 2 pueden verse las correlaciones entre los valores obtenidos, obteniéndose valores de R elevados y significación estadística en el FEV1 prebroncodilatador y en el cambio absoluto y relativo con todos los valores de la oscilometría. Los cambios en la frecuencia de resonancia fueron los que mejor se correlacionaron con los cambios en el FEV1. El FEV1 posbroncodilatador se correlacionó peor con los valores de oscilometría posbroncodilatador. Los mesoflujos se correlacionaron con R5-20

en los valores basales, con la reactivancia en los valores posbroncodilatación, y no mostraron significación estadística en los cambios absolutos ni relativos.

| | | RS | | RS-20 | | XS | | AX | | FRIS | |
|--------|------------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
| | | r | p | r | p | r | p | r | p | r | p |
| PRE | FEV1 L | -0,504 | 0,000 | -0,675 | 0,000 | 0,241 | 0,206 | 0,593 | 0,000 | -0,263 | 0,083 |
| | FEV1 % | -0,511 | 0,000 | -0,682 | 0,000 | -0,361 | 0,053 | -0,624 | 0,000 | -0,191 | 0,208 |
| | FEV1/FVC | -0,478 | 0,001 | -0,627 | 0,000 | -0,739 | 0,225 | 0,565 | 0,000 | -0,261 | 0,083 |
| | FEV15-75 L | -0,500 | 0,000 | -0,597 | 0,000 | -0,448 | 0,090 | 0,448 | 0,001 | -0,287 | 0,056 |
| | FEV15-5 % | -0,558 | 0,000 | -0,600 | 0,000 | 0,365 | 0,052 | 0,474 | 0,001 | -0,227 | 0,134 |
| POST | FEV1 L | -0,262 | 0,075 | -0,301 | 0,040 | 0,297 | 0,117 | -0,448 | 0,002 | -0,230 | 0,129 |
| | FEV1 % | -0,179 | 0,229 | -0,366 | 0,011 | 0,513 | 0,004 | 0,504 | 0,000 | -0,039 | 0,798 |
| | FEV15-75 L | -0,167 | 0,209 | -0,318 | 0,263 | 0,205 | 0,270 | -0,478 | 0,001 | -0,104 | 0,495 |
| | FEV15-75 % | -0,144 | 0,335 | -0,381 | 0,008 | 0,368 | 0,046 | -0,449 | 0,002 | 0,034 | 0,824 |
| CAMBIO | FEV1 L | -0,852 | 0,000 | -0,809 | 0,000 | -0,738 | 0,000 | -0,759 | 0,000 | -0,878 | 0,000 |
| | FEV1 % | -0,595 | 0,000 | -0,387 | 0,007 | -0,308 | 0,098 | -0,581 | 0,000 | -0,625 | 0,000 |
| | FEV15-75 L | -0,050 | 0,737 | -0,145 | 0,332 | -0,329 | 0,075 | -0,195 | 0,188 | -0,131 | 0,381 |
| | FEV15-75 % | -0,010 | 0,948 | -0,119 | 0,435 | -0,317 | 0,052 | -0,121 | 0,602 | -0,288 | 0,099 |

Tabla 1. Características generales de la población estudiada, y valores encontrados en ambas exploraciones. Los valores oscilométricos absolutos se expresan en kPa/L/s.

| | | Media/ret | SD/% |
|----------------------------|----------------|-----------|-------|
| Datos generales | Edad (años) | 42,39 | 11,37 |
| | Sexo masculino | 45 | 84,2% |
| | BAC | 26,27 | 5,40 |
| ESPIROMETRIA | | | |
| | | Media | SD |
| Valor prebroncodilatación | FEV1 | 2,85 | 0,80 |
| | FEV1/ret | 86,15 | 22,25 |
| | FEV1-nL | 2,38 | 1,20 |
| | FEV1-n/ret | 77,75 | 31,73 |
| | FEV1/FVC | 72,81 | 12,40 |
| Valor postbroncodilatación | FEV1 | 3,03 | 0,79 |
| | FEV1/ret | 90,19 | 20,62 |
| | FEV1-nL | 2,80 | 1,31 |
| | FEV1-n/ret | 86,02 | 37,62 |
| | FEV1/FVC | 77,81 | 12,40 |
| OSCILOMETRIA | | | |
| | | Media | SD |
| Valor prebroncodilatación | RS | 4,33 | 1,08 |
| | RS-20 | 0,96 | 1,04 |
| | AX | 16,19 | 30,12 |
| | XS | -0,74 | 0,88 |
| | Free | 19,00 | 0,06 |
| Valor postbroncodilatación | RS | 3,54 | 1,23 |
| | RS-20 | 0,48 | 0,63 |
| | AX | 6,91 | 7,14 |
| | XS | -0,62 | 0,65 |
| | Free | 14,65 | 5,14 |
| Cambio | | | |
| | | Media | SD |
| Cambio | FEV1 cambio L | 0,17 | 0,20 |
| | FEV1 cambio % | 8,59 | 21,84 |
| | FEV1 cambio nL | 0,45 | 0,44 |
| | FEV1 cambio % | 20,83 | 39,51 |
| Free | RS | -7,9 | 0,04 |
| | RS-20 | 0,38 | 0,06 |
| | AX | -20,20 | 0,00 |
| | XS | 1,56 | 4,49 |
| Free % | RS | 42,61 | 14,86 |
| | RS-20 | 48,90 | 22,49 |
| | AX | 34,29 | 40,81 |
| | XS | 42,15 | 19,59 |
| Free % | RS | 32,71 | 19,78 |
| | RS-20 | 32,71 | 19,78 |
| | AX | 32,71 | 19,78 |
| | XS | 32,71 | 19,78 |

Tabla 2. Correlaciones y su significación estadística entre ambas exploraciones a nivel basal, posbroncodilatador y el cambio producido en valores absolutos y porcentuales.

Conclusiones: La oscilometría permite detectar los cambios producidos por un broncodilatador, mostrando mayores variaciones porcentuales los diferentes parámetros oscilométricos que el FEV1. Son necesarios estudios de poblaciones amplias para definir adecuadamente qué parámetro y qué puntos de corte determinan una broncodilatación significativa.

183. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES TRATADOS CON MEPOLIZUMAB EN NUESTRO HOSPITAL DE LLERENA-ZAFRA

J.C. Serrano Rebollo, A. Sanz Cabrera, Á.A. Castelo Luque, E. Cruz de la Piedad, V. Campanón Toro, M.J. Tellez Kling, E. García Lobato y M.C. García García

Hospital de Llerena-Zafra, Llerena, España.

Introducción: El mepolizumab está indicado en pacientes (p.) con asma grave no controlado, fenotipo T2 eosinófilico. Es un anticuerpo monoclonal humanizado IgG-1 frente a IL-5, que impide su unión al receptor específico del eosinófilo. Nuestro objetivo es hacer un análisis de las características clínicas de los p. tratados con MEPOLIZUMAB en nuestro Área de salud tras al menos 6 meses de tratamiento.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de los p. tratados con mepolizumab en el área de salud de Llerena y Zafra. Son pacientes en el escalón 6 de tratamiento de la GEMA 5.0. Se analizaron características clínicas (edad, sexo, IMC, ACT pre/post, uso de COSm), funcionales (FEV1), analíticas (eosinófilos en sangre e IgE) y la respuesta tras al menos 6 meses de tratamiento con mepolizumab. Se utilizó base de datos Excel office 2019 para analizar los datos.

Resultados: Se incluyen 23 p. que han estado al menos 6 meses en tratamiento con mepolizumab en nuestra área desde marzo de 2017. La edad media es de 62,7 a. y un 65% son mujeres. El IMC es 29,9, objetivando que 13 pacientes presentan obesidad. El 30% de los p. tenían antecedentes de tabaquismo. El número medio de años de evolución de asma es 21. El 95% de los p. presenta al menos 1 comorbilidad, destacando: poliposis (48%), ERGE (70%), BQs (48%) y cardiovascular (56%). 16 p. estaban con corticoides orales de mantenimiento antes de empezar el tratamiento con mepolizumab, con una dosis media de 18 mg/d (prednisona). 3 p. habían estado con omalizumab previamente. El 21% de los p. estaba en tratamiento con macróido alterno. El ACT previo al tratamiento fue de 14,7. En cuanto a la espirometría, el FEV1% medio fue del 69%. El recuento medio de eos fue de 524. El número de agudizaciones clínicamente relevantes el año previo fue de 4,1. 14 de los pacientes presentaron agudizaciones que precisaron de atención en Urgencias y/u hospitalización. Solo 2 pacientes han presentado EA leves, y no se ha suspendido ningún tratamiento ni por EA ni por ausencia de respuesta. Al analizar la respuesta al tratamiento: se objetivó una reducción del 85% de las agudizaciones/año (ninguna hospitalización ni visita a Urgencias tras tratamiento), una mejoría del 10% en el FEV1 y de casi 6 puntos en el ACT. El 78% de los p. que estaban con COSm suspendieron tras el tratamiento con mepolizumab.

Conclusiones: En nuestra experiencia en pacientes con AGNC T2 eosinófilico, mepolizumab mejora la función pulmonar, reduce un 85% las agudizaciones/año, mejora la CVRS y permite suspender hasta un 78% los COSm con un perfil de seguridad adecuado.

146. CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES ASMÁTICOS CON TRATAMIENTO MONOCLONAL Y APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO ASOCIADA

U. Calvo Álvarez¹, M. Brun Otero¹, F.J. González Barcala², I. Nieto Codesido¹, N. Mengual Macenlle¹, S. Rodríguez-Segade Alonso¹, C. Diego Roza¹ y M.J. Mejuto Marti¹

¹Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol, España. ²Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una enfermedad que puede actuar como comorbilidad y agravante en los pacientes con asma. El objetivo del presente estudio es describir las características de pacientes con asma grave con difícil control que precisan administración de monoclonales en nuestro hospital de día con AOS como patología asociada.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio observacional transversal de los pacientes que en Febrero 2021 estaban recibiendo tratamiento monoclonal por asma de difícil control en nuestro hospital de día. Se recogieron variables sociodemográficas y antropométricas (sexo, edad e IMC), marcadores de control del asma (FEV1 (%) y ACT), antecedentes médicos de comorbilidad cardíaca y características en relación con patología por AOS (realización o no de poligrafía nocturna, índice de apnea-hipoapnea (IAH), ser portadores o no de CPAP y la presión que precisaban).

Resultados: De los 41 pacientes asmáticos a los que se administraba tratamiento con medicación monoclonal, se le realizó poligrafía nocturna a 7 (17%), siendo positiva en todos los casos. La mayoría de estos casos se correspondían con mujeres (6 (85%)), la edad media era de 59 años (52-68 años) y el IMC medio era de 35 (23-46). El FEV1 medio fue de 74% (45-93%) y el ACT medio de 17 (11-24). La mayoría de los pacientes presentaban formas leves-moderadas de AOS (6 (85%)) objetivadas mediante poligrafía, siendo el IAH medio de 18 (5-45). De los 7 pacientes con poligrafía positiva se le inició tratamiento con CPAP a 4 enfermos, siendo preciso posteriormente retirar una por falta de cumplimiento. Los 3 pacientes restantes tenían una

CPAP con una presión media de 9,8 cc de H₂O (8-12). De estos 3 pacientes 2 tenían cardiopatía asociada (miocardopatía hipertensiva y cardiopatía congénita respectivamente).

| Características de pacientes asmáticos con tratamiento monoclonal y con apnea obstructiva del sueño asociada | |
|--|-------------------------------|
| Edad | 59 (52-68) años |
| IMC | 35 (23-46) |
| FEV ₁ (%) | 74 (45-93) % |
| ACT | 17 (11-24) |
| IAH | 18 (5-45) |
| Presión CPAP | 9.8 (8-12) ccH ₂ O |

Conclusiones: Como señala la GEMA, la AOS es una comorbilidad a tener en cuenta en los pacientes con asma.

649. CAUSAS DE RETIRADA DE BIOLÓGICOS PARA EL ASMA EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ DE HUELVA (2007-2021)

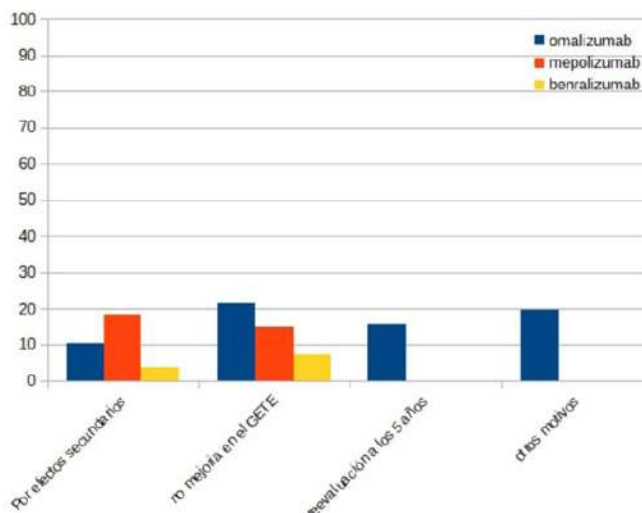
J.I. Hilares Vera, C. Puchaes Manchon, J. Lancha Domínguez, A. González Hernández, M.A. Díaz Santos y J. Romero López

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

Introducción: Desde 2006 disponemos de los tratamientos biológicos para el asma grave de difícil control (AGDC). Habitualmente son tratamientos bien tolerados y eficaces. Sin embargo, existen posibles causas de retirada: 1. No eficacia valorada por el cuestionario GETE. 2. Efectos secundarios graves. 3. Valoración de retirada tras 5 años de tratamiento y control de la enfermedad. 4. Pérdida del paciente (fallecimiento, cambio de domicilio y otros). El objetivo fue analizar en nuestro hospital Juan Ramón Jiménez (HJRJ) de Huelva, las causas de retirada de biológicos.

Material y métodos: Hemos revisado en la base de datos de AGDC del HJRJ los pacientes que en alguna ocasión han recibido terapias biológicas para el asma desde 2007 hasta la actualidad. Registramos los efectos secundarios y los motivos que ocasionaron la retirada.

Resultados: Desde 2007 han iniciado terapia biológica para el AGDC en el hospital 221 pacientes: 167 omalizumab (O), 27 mepolizumab (M) y 27 benralizumab (B). Los efectos secundarios más frecuentes entre los usuarios de O fueron intolerancia digestiva (6,8%) cansancio (5,4%) y cefaleas (4,5%). Con M presentaron cansancio (14,8%), cefaleas (14,8%) e intolerancia digestiva (14,8%). Con B los más frecuentes fueron artromialgias (11,1%), cansancio (11,1%) y cefaleas (7,4%). Globalmente, hubo un 35,3% de efectos secundarios, siendo los más frecuentes la intolerancia digestiva (6,8%), el cansancio (5,4%) y las cefaleas (4,5%). Dejaron el tratamiento 112 pacientes tratados con O: 17 (10,2% de los que lo iniciaron) por efectos secundarios, 36 (21,6%) por no mejoría en el GETE, 26 (15,6%) por reevaluación a los 5 años y 33 (19,8%) por otros motivos. Otros 9 pacientes tratados con M: 5 (18,5%) por efectos secundarios y 4 (14,8%) por no mejoría en GETE. Y otros 3 tratados con B: 1 (3,7%) por efectos secundarios y 2 (7,4%) por no mejoría en GETE. Globalmente, se retiraron los tratamientos biológicos en 24 casos (10,9%) por efectos secundarios, en 41 (18,6%) por no mejoría, en 26 (11,8%) por reevaluación a los 5 años y en 27 (12,2%) por otros motivos (fig.).



Causas de retirada de tratamientos biológicos.

Conclusiones: 1. Los tratamientos biológicos analizados son habitualmente bien tolerados. 2. El motivos de retirada más importante por no mejoría (18,6%) y en el 10,9% por efectos secundarios. 3. Se requieren nuevos estudios, con mayor tamaño muestral, para poder comparar estos resultados entre los diferentes biológicos.

191. ¿CÓMO ABORDAMOS EL ASMA NO EOSINOFÍLICA? RESULTADOS DE UNA ENCUESTA PROPUESTA POR EL GRUPO EMERGENTE DE ASMA

E. Curto Sánchez¹, I. Ali García², B. Arias Arcos³, E. Arismendi Núñez³, N. Blanco Cid⁴, F.J. Bravo Gutiérrez⁵, F.J. Campano Lancharro⁶, G. Castaño de las Pozas⁷, M. Castilla Martínez⁸, M. Climent Gregori⁹, S. Dorado Arenas¹⁰, A.I. Enríquez Rodríguez¹¹, I. Escribano Gimeno¹², A. Fernández Tena¹³, A. García Onieva¹⁴, A. Gómez Bastero¹⁵, A. Gómez Larrauri¹⁶, D. Laorden Escudero¹⁷, M. Celeste Marcos^{*18}, A. Mardones Charroalde¹⁹, M. Muñoz Esquerre²⁰, R. Ruiz Ferreras²¹, L.E. Saldaña Pérez²², P.M. Valenzuela Reyes²³, I. Ojanguren Arranz²⁴, C. Cisneros Serrano²⁵, M. Blanco Aparicio²⁶ y J. Serrano Pariente²⁷

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ²Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España. ³Hospital Clínic, Barcelona, España. ⁴Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España. ⁵Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, España. ⁶Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España. ⁷Hospital de Jarrío, Mohías, España. ⁸Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, Pozo Aledo, España. ⁹Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España. ¹⁰Hospital Universitario de Galdakao, Galdakao, España. ¹¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. ¹²Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España. ¹³Instituto Nacional de Silicosis, Oviedo, España. ¹⁴Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España. ¹⁵Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ¹⁶Hospital Universitario Cruces, Bizkaia, España. ¹⁷Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ¹⁸Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, España. ¹⁹Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España. ²⁰Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, España. ²¹Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España. ²²Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, España. ²³Complejo Hospitalario de Toledo (Virgen de la Salud), Toledo, España. ²⁴Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España. ²⁵Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España. ²⁶Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España. ²⁷Hospital Comarcal d'Inca, Inca, España.

Introducción: Las guías nacionales e internacionales de manejo del asma recomiendan el fenotipo inflamatorio de los pacientes con el fin de establecer el tratamiento más adecuado. Un número no despreciable de pacientes pertenece al fenotipo no eosinofílico (ANE) o no T2, una variante menos conocida y con peor respuesta a los glucocorticoides inhalados (GCI).

Material y métodos: Estudio de corte transversal planteado desde el Grupo Emergente de Asma de SEPAR que consistió en la realización de una encuesta voluntaria por parte de los miembros del Área de Asma de SEPAR en relación a su práctica clínica habitual y conocimientos sobre el ANE. El cuestionario constaba de 20 preguntas, incluyendo datos demográficos de los profesionales, su experiencia clínica en el manejo del asma y el tipo de consulta (neumología general, consulta monográfica, unidad básica de asma, unidad especializada y unidad especializada de alta complejidad) que realizaban.

Resultados: Se obtuvieron 112 cuestionarios completos, cuyos resultados pueden verse en la tabla 1. El 92% de los profesionales contaban con más de 5 años de experiencia en el manejo del asma y desarrollaban su actividad en los diferentes tipos de consulta descritas. Un 59,5% consideraba que el ANE supone el 10-50% de los casos, y un 70,5% que estos pacientes suelen precisar más cantidad de exploraciones que el AE. El 47,3% relacionaba el ANE con obstrucción fija al flujo aéreo, el 64,3% con peor control y el 53,6% con exacerbaciones más graves que el AE. Las comorbilidades que más relacionaron con el ANE fueron la obesidad (69,4%) y el tabaquismo (64,9%). El 55,4% recomienda añadir tiotropio en los casos de mal control con GCI a dosis medias y LABA, y el 75,5% sugirió azitromicina como último escalón de tratamiento. En base a las respuestas obtenidas se realizó un análisis comparativo por grupos de edad, años de experiencia y si se disponía o no de esputo inducido (sin diferencias estadísticamente significativas) y en función del tipo de consulta (encontrándose las diferencias que pueden verse en la tabla 2).

| Categoría | Respuesta | Porcentaje |
|---|----------------------------------|-------------|
| 1. Datos generales de los profesionales que realizaron la encuesta | | |
| - Edad | - Menos de 30 años | 10 (8,9%) |
| - 30-40 años | | 20 (17,9%) |
| - Más de 40 años | | 72 (64,2%) |
| - Experiencia | - Menos de 5 años de experiencia | 9 (8,0%) |
| - 5-10 años | | 37 (33,0%) |
| - Más de 10 años | | 66 (58,9%) |
| - Tipo de consulta | - Consulta monográfica de asma | 52 (46,4%) |
| - Unidad básica de asma | | 10 (8,9%) |
| - Unidad especializada de asma | | 32 (28,6%) |
| - Unidad especializada de asma de Alta Complejidad | | 18 (16,1%) |
| - Unidad de atención primaria | | 20 (17,9%) |
| 2. Opinión sobre la prevalencia del ANE | | |
| - ¿Considera que el ANE supone el 10-50% de los casos? | - Sí | 67 (59,8%) |
| - No | | 45 (40,2%) |
| - ¿Estos pacientes precisan más cantidad de exploraciones que el AE? | - Sí | 79 (70,5%) |
| - No | | 33 (29,5%) |
| - ¿Relaciona el ANE con obstrucción fija al flujo aéreo? | - Sí | 54 (47,9%) |
| - No | | 58 (52,1%) |
| - ¿Relaciona el ANE con exacerbaciones más graves que el AE? | - Sí | 61 (54,5%) |
| - No | | 51 (45,5%) |
| - ¿Relaciona el ANE con una mayor mortalidad? | - Sí | 61 (54,5%) |
| - No | | 51 (45,5%) |
| - ¿Recomienda añadir tiotropio en los casos de mal control con GCI a dosis medias y LABA? | - Sí | 84 (75,0%) |
| - No | | 28 (25,0%) |
| - ¿Sugiere azitromicina como último escalón de tratamiento? | - Sí | 84 (75,0%) |
| - No | | 28 (25,0%) |
| 3. Opinión sobre la importancia de una prueba de esputo inducido para el diagnóstico del ANE | | |
| - ¿Considera importante realizar una prueba de esputo inducido para el diagnóstico del ANE? | - Sí | 53 (47,3%) |
| - No | | 59 (52,7%) |
| - ¿Considera importante realizar una prueba de esputo inducido para el diagnóstico del ANE en pacientes con asma no controlada? | - Sí | 44 (39,3%) |
| - No | | 68 (60,7%) |
| - ¿Considera importante realizar una prueba de esputo inducido para el diagnóstico del ANE en pacientes con asma controlada? | - Sí | 17 (15,2%) |
| - No | | 95 (84,8%) |
| - ¿Considera importante realizar una prueba de esputo inducido para el diagnóstico del ANE en pacientes con asma controlada y sin síntomas de exacerbación? | - Sí | 11 (9,8%) |
| - No | | 101 (90,2%) |
| - ¿Considera importante realizar una prueba de esputo inducido para el diagnóstico del ANE en pacientes con asma controlada y sin síntomas de exacerbación y sin síntomas de asma sintomática? | - Sí | 11 (9,8%) |
| - No | | 101 (90,2%) |
| - ¿Considera importante realizar una prueba de esputo inducido para el diagnóstico del ANE en pacientes con asma controlada y sin síntomas de exacerbación y sin síntomas de asma sintomática y sin síntomas de asma sintomática? | - Sí | 11 (9,8%) |
| - No | | 101 (90,2%) |
| 4. Opinión sobre la importancia de una prueba de esputo inducido para el diagnóstico del ANE en pacientes con asma controlada y sin síntomas de exacerbación y sin síntomas de asma sintomática | | |
| - ¿Considera importante realizar una prueba de esputo inducido para el diagnóstico del ANE en pacientes con asma controlada y sin síntomas de exacerbación y sin síntomas de asma sintomática? | - Sí | 11 (9,8%) |
| - No | | 101 (90,2%) |
| - ¿Considera importante realizar una prueba de esputo inducido para el diagnóstico del ANE en pacientes con asma controlada y sin síntomas de exacerbación y sin síntomas de asma sintomática y sin síntomas de asma sintomática? | - Sí | 11 (9,8%) |
| - No | | 101 (90,2%) |

Respuestas obtenidas en el cuestionario.

| | Consulta monográfica de asma | Unidad básica de asma | Unidad especializada de asma | Unidad especializada de asma de alta complejidad | p |
|---|------------------------------|-----------------------|------------------------------|--|-------|
| Realización de análisis sanguíneos rutinariamente durante el seguimiento | 11 (20,72%) | 4 (56,6%) | 8 (90%) | 11 (44%) | 0,048 |
| La prueba de broncoprovocación con metacolina es el método diagnóstico más habitual | 10 (19,61%) | 4 (56,6%) | 7 (77,77%) | 8 (32%) | 0,019 |
| Arte un paciente con asma persistente grave (confirmada de forma objetiva), sin eosinofilia en sangre periférica, suele realizar broncoscopia | 6 (16,21%) | 2 (28,57%) | 4 (40%) | 10 (40%) | 0,014 |
| Las infecciones respiratorias recurrentes se asocian con mayor frecuencia al ANE que al AE | 12 (22,43%) | 3 (42,86%) | 6 (60%) | 16 (64%) | 0,019 |

Diferencias estadísticamente significativas encontradas en función del tipo de consulta realizada.

Conclusiones: Las respuestas obtenidas muestran que los profesionales perciben el ANE como un fenotipo frecuente, grave y con mala

respuesta al tratamiento, lo que supone más exploraciones para los pacientes y mayor gasto sanitario. Son necesarios estudios poblacionales para caracterizar adecuadamente a estos pacientes.

507. CÓMO SON LOS PACIENTES DERIVADOS A CONSULTA MONOGRÁFICA DE ASMA GRAVE

A. Martínez Aracil, D. Barandica Rangel, E. Fernández Fabrellas, A. Salcedo Patricio, M.P. Valle Dávalos, N. Carrión Collado, M.S. Ramírez González, F. León Carrasco y P.P. Aguilar Peñaranda

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España.

Introducción: El asma grave, cuya prevalencia se estima entre 5-10% de la población asmática mundial, es aquel que corresponde a los escalones terapéuticos 5 y 6 de la guía española para el manejo del asma (GEMA 5.0), requiriendo corticoides inhalados a altas dosis junto a un segundo controlador y/o glucocorticoides sistémicos.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo incluyendo pacientes de nuestra consulta monográfica de asma grave no controlada (CAGNC) en los últimos 9 años (2011-2020). Describimos en ellos: edad, género y FEV1, al diagnóstico de asma (DA) y en la primera CAGNC, IMC, test de control del asma (ACT) inicial, hábito tabáquico, FeNO, valores de IgE y recuento de eosinófilos en sangre periférica en la primera visita en CAGNC, así como presencia de poliposis nasal, enfermedad respiratoria exacerbada por aspirina (EREA) y atopia. Se realiza análisis descriptivo de la población estudiada y las posibles diferencias clínico-funcionales entre pacientes según el escalón terapéutico a su llegada a consulta así como también en función de prescripción o no de tratamiento biológico para el control de la enfermedad.

Resultados: Se incluyeron 145 pacientes. 70,3% mujeres y 29,7% hombres, edad $36,84 \pm 17,5$ a DA y de $52,67 \pm 13,24$ años en primera CAGNC, IMC de $27,94 \pm 5,5$, 52% no fumadores, 33,6% poliposis nasal, 18,8% EREA, FEV1 a DA de $60,11 \pm 19,59$ y $65,15 \pm 21,76$ en CAGNC, ACT inicial de $9,33 \pm 5,19$, FeNO $36,46 \pm 20,14$, valores de IgE $458,81 \pm 824,56$ y recuento de eosinófilos $444,73 \pm 563,24$, exacerbaciones en 12 meses previos a CAGNC $3,02 \pm 2,03$ y número de ciclos de corticoides sistémicos $2,85 \pm 2,12$. Encontramos un 81,6% de asma confirmada, presentándose en CAGNC en un escalón terapéutico igual o menor a 4, siendo estadísticamente significativo su relación con FEV1 al diagnóstico ($p < 0,01$) y el inicial de CAGNC ($p < 0,001$), así como con el FeNO ($p = 0,05$), rozando la significación estadística con el número de ciclos de corticoides ($p = 0,093$). Se prescribe tratamiento con biológicos un 49,7% de pacientes ($n = 72$), siendo omalizumab en 39,3% ($n = 57$) y mepolizumab 10,3% ($n = 15$). Encontramos diferencias significativas en la prescripción de biológicos en función de ser asma grave o no (61,8% vs. 39%, $p = 0,008$).

Conclusiones: En nuestra cohorte encontramos que si bien una alta proporción de pacientes (81,6%) derivados a nuestra consulta tenían asma confirmada, la mayoría (55,7%) no correspondían a un asma grave, aunque si a pacientes con asma no controlada. En 39% de ellos, su gravedad no justifica el uso de fármacos biológicos.

664. COMPARACIÓN DE LA RESPUESTA AL BENRALIZUMAB EN PACIENTES SIN TRATAMIENTO PREVIO Y AQUELLOS CON FRACASO A OTRO BIOLÓGICO

M. Gil Pradas, M.J. Sepulveda Gisbert, N. Beltrán Sampayo, M. Palop Cervera, J. Pinel Rosario y A. Saura Vinuesa

Hospital de Sagunto, Valencia, España.

Introducción: El benralizumab es un anticuerpo monoclonal contra el receptor IL-5 de la superficie de los eosinófilos, causando así su apoptosis y reducción de la inflamación en la vía aérea. El objetivo es

comprobar si la respuesta a benralizumab es la misma en pacientes que no han recibido previamente terapia con otro biológico que en los que sí que la han recibido.

Material y métodos: Estudio retrospectivo donde se incluyeron 19 pacientes tratados con benralizumab, al menos 12 meses. Se recogieron como variables el número de exacerbaciones graves (hospitalización y visitas a urgencias sin ingreso), test ACT, FEV1 post-broncodilatador y dosis de corticoide inhalado tras el tratamiento. Se compararon estas variables entre los pacientes que no habían recibido previamente tratamiento con otro biológico (grupo naïve) y pacientes que habían sido tratados con omalizumab y/o mepolizumab con switch a benralizumab (grupo switch). Se analizaron los resultados en el SPSS versión 25. Se compararon las medias de los dos grupos mediante la prueba t de Student para muestras independientes.

Resultados: Previamente a benralizumab, 4 pacientes no recibieron tratamiento con otro biológico, 9 fueron tratados antes con omalizumab, 5 con mepolizumab y 1 con ambos. Al inicio del benralizumab, el 42,1% eran varones y la edad media de $56,6 \pm 9,1$ años. Tras el tratamiento, la media en el ACT fue de $23,0 \pm 2,0$ para el grupo naïve y de $22,5 \pm 1,7$ para el grupo switch ($p = 0,705$) con un FEV1 post-broncodilatador de $2,8 \pm 0,6$ litros en naïve y de $1,9 \pm 0,3$ en switch ($p = 0,243$). Se observó que los pacientes naïve recibían tras el tratamiento 684 ± 328 µg de corticoide inhalado diario y los pacientes switch 943 ± 434 µg ($p = 0,055$). El grupo naïve tuvo $0,0 \pm 0,0$ exacerbaciones y el grupo switch $0,6 \pm 1,1$ ($p = 0,045$).

Conclusiones: Entre los pacientes tratados con benralizumab que previamente se trataron con otros biológicos y los que no, no se han encontrado diferencias en la percepción de control de su enfermedad, función pulmonar y dosis de corticoide inhalado. En cambio, se observó un menor número de exacerbaciones en los pacientes que no recibieron terapia previa.

431. CONSENSO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE CON ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS CANDIDATO A LA ADMINISTRACIÓN DOMICILIARIA: PERSPECTIVA DE NEUMOLOGÍA

C. Cisneros Serrano¹, A. Gómez Bastero², J.M. Igea Aznar³, E. Villamañán Bueno⁴, M.J. Rial Prado⁵, M.J. Plá Martí⁶, V. López Carrasco⁴, A. Martínez Meca⁷, L.C. Fernández Lisón⁸, B. Velasco Laorga⁹, M.G. Sánchez Herrero⁹ y E. Chiner Vives¹⁰

¹Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España. ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ³Allergic Asthma Clinic, Salamanca, España. ⁴Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ⁵Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España. ⁶Hospital Universitario La Fe, Valencia, España. ⁷Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España. ⁸Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres, España. ⁹GSK, Madrid, España. ¹⁰Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España.

Introducción: Los fármacos biológicos (FB) han demostrado mejorar el control de los síntomas y reducir las exacerbaciones en pacientes con asma grave no controlada (AGNC). Su administración domiciliar ha supuesto un cambio sustancial en el manejo del paciente. Sin embargo, las características del paciente con AGNC que se pueden beneficiar de FB administrados en domicilio todavía no han sido identificadas.

Material y métodos: Consenso realizado por profesionales sanitarios de varias especialidades mediante encuesta Delphi modificada. Un comité científico multidisciplinar de diez expertos elaboró el contenido incluyendo 30 afirmaciones. El cuestionario incluyó cinco temas: las características clínicas del paciente, adherencia terapéutica y capacidad del paciente o cuidador en la administración, autocuidado del paciente, relación con el profesional sanitario, preferencia del pacien-

te y acceso al hospital. 131 panelistas participaron en el consenso, 45 de ellos neumólogos (32,8%).

Resultados: 55,8% de los neumólogos fueron varones, con una edad media de 48,56 años. El 44,2% contaba con más de 15 años de experiencia atendiendo pacientes con asma grave, todos en centros públicos, y el 72,1% de ellos en una unidad de asma grave. De las 30 características propuestas, los neumólogos alcanzaron consenso en todas menos en dos: Paciente recién diagnosticado de asma grave que, antes de cumplir 12 meses de tratamiento, se le prescribe uso domiciliario, y Paciente que necesita apoyo de una persona para el manejo de su enfermedad. Tras realizar una priorización ponderada por relevancia de las características más importantes para los neumólogos en una escala del 1 al 10, se eligieron como prioridad alta: Paciente que, en el control de su enfermedad, sigue las indicaciones/recomendaciones del equipo sanitario (7,88), Paciente en tratamiento con un FB que presenta enfermedad estable, sin riesgo vital (5,56), Paciente capaz de detectar cualquier deterioro en su enfermedad e identificar los desencadenantes de una exacerbación (5,44).

| Características | Priorización ponderada por relevancia |
|---|---------------------------------------|
| 25. El paciente, en el control de su enfermedad, sigue las indicaciones/recomendaciones del equipo sanitario | 7,23 |
| 5. Paciente capaz de detectar cualquier deterioro en su enfermedad e identificar los desencadenantes de una exacerbación | 5,98 |
| 1. Paciente en tratamiento con un fármaco biológico que presenta enfermedad estable, sin riesgo vital | 5,85 |
| 17. El paciente es responsable del cuidado de su enfermedad | 4,72 |
| 29. Paciente que tiene obligaciones laborales/escolares que le impiden acudir con regularidad al hospital | 3,97 |
| 24. Paciente que confía en el equipo sanitario que le trata | 3,13 |
| 20. Paciente que confía que la administración domiciliar del fármaco va a tener un impacto positivo en su calidad de vida | 2,82 |
| 16. Que comprende cómo se administra el fármaco y reproduce todos los pasos de la administración frente al profesional sanitario | 2,47 |
| 30. Paciente que tiene problemas de acceso al hospital | 2,47 |
| 21. Paciente que conoce para qué son cada uno de los fármacos que utiliza, incluido el producto biológico | 2,17 |
| 7. Paciente que acude regularmente a sus visitas para la administración del tratamiento biológico prescrito | 2,13 |
| 12. Que el paciente o el cuidador no tenga ninguna limitación cognitiva que pueda interferir en la comprensión de las instrucciones de administración | 2,05 |
| 26. Paciente que, cuando se le consulta, prefiere la administración a domicilio | 1,95 |
| 27. Paciente que pide proactivamente la administración a domicilio | 1,53 |

Priorización ponderada por relevancia de las características para seleccionar a un paciente con asma grave como candidato a recibir un tratamiento biológico de uso domiciliario.

Conclusiones: Los neumólogos identificaron la estabilidad y el control de la enfermedad, junto con la capacidad de identificar desencadenantes de una exacerbación, y el seguimiento de las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas del equipo sanitario como las características más importantes a la hora de elegir la administración domiciliar para un paciente con asma grave con FB. Estas recomendaciones podrían ser aplicables en la práctica clínica.

Financiación: GSK.

564. COSTO-EFECTIVIDAD DE BENRALIZUMAB EN VIDA REAL EN PACIENTES CON ASMA GRAVE

B. Valencia Azcona¹, L. Fernández de Rota¹, M. Pérez Morales¹, A. Padilla Galo¹, A. Levy Abitbol² y L.F. Moreno Arrastio¹

¹Hospital Costa del Sol de Marbella, Málaga, España. ²Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción: La disponibilidad de tratamientos clínicamente eficaces y costo-efectivos para el asma grave sería beneficiosa para los pacientes y los sistemas sanitarios nacionales. El uso de terapias biológicas podría conducir a mejores resultados clínicos en el asma grave junto con una reducción de la carga económica de la enfermedad. El objetivo de este estudio fue evaluar el gasto sanitario tras la incorporación de benralizumab en el tratamiento estándar del asma eosinofílica refractaria y su costo-eficacia.

Material y métodos: Estudio transversal multicéntrico de pacientes consecutivos con asma eosinofílica refractaria grave que recibieron tratamiento con benralizumab durante al menos 12 meses. El seguimiento de los pacientes se realizó en unidades especializadas en asma grave. Los principales parámetros de eficacia medidos fueron: evitar una exacerbación de asma, un aumento de 3 puntos en la puntuación de la prueba de control del asma (ACT) y la diferencia en las puntuaciones de utilidad (calidad de vida relacionada con la salud) entre un tratamiento basal de un año y un tratamiento con benralizumab durante un año. La evaluación económica de la salud incluyó costos directos y ratios de costo-efectividad incrementales (ICER).

Resultados: Se incluyeron un total de 44 pacientes. Tras un año de tratamiento con benralizumab, los pacientes con asma grave mostraron una mejora en todos los parámetros de eficacia analizados. El coste anual total por paciente con tratamiento basal y aquellos con tratamiento con benralizumab fue de 11.544 € y 14.043 €, respectivamente, como consecuencia de un incremento de costes debido al precio del biológico y una disminución de costes del resto de parámetros (tabla 1). El ICER fue de 602 € por exacerbación evitada y 983,86 € por cada aumento de 3 puntos en la puntuación ACT (tabla 2).

Tabla 1: costes de recursos de cuidados sanitarios basales y a los 12 meses de tratamiento con Benralizumab

| Recursos | Coste por paciente, media(DE) | | p. (Wilcoxon test) |
|---|-------------------------------|--------------------------------|--------------------|
| | Previo a los 12 meses (basal) | A los 12 meses de benralizumab | |
| Test diagnósticos y pruebas complementarias | 962,71 (54,87) | 218,62 (43,84) | <0,001 |
| Corticosteroides | orales | 60,79 (32,97) | 4,54 (9,49) |
| | inhales | 103,44 (39,62) | 105,62 (50,23) |
| Visitas o urgencias | 1585,94 (1003,78) | 267,29 (596,48) | <0,001 |
| Ingresos | 1599,33 (2937,06) | 615,13 (2601,51) | 0,003 |
| Tratamiento biológico para asma | 7151,63 (7770) | 12.832,04 (2020,17) | <0,001 |
| Coste total por paciente | 11.544 (9137) | 14.043 (3822) | 0,006 |

Table 2a. Análisis de costo-efectividad con Benralizumab basado en exacerbaciones graves.

| Media(DE) por paciente | Previo a los 12 meses (basal) | A los 12 meses con benralizumab |
|---|-------------------------------|---------------------------------|
| Número de exacerbaciones | 5,50 (2,63) | 0,66 (0,94) |
| Costes directos cuidados de salud (en €) | 10,292 (7885) | 13,204 (2145) |
| Diferencia en % reducción de exacerbaciones | | 88,14 |
| Diferencia en Costes(€) | | 2912 |
| Coste total para reducir 1 exacerbación (€) | | 602 |
| p.valor | | <0,001 |
| Ratio Coste-efectividad | | 3304 |
| Cohen's d | | 2,00 (1,49-2,51) |

Table 2b. Análisis de costo-efectividad con Benralizumab basado en puntuación ACT

| Periodo | Media (DE) por paciente | | | Incremento | | |
|--|--|---------------------|---------------|------------|----------------|---------------|
| | Costes directos cuidados de salud (en €) | ACT | | costes | Puntuación ACT | % efectividad |
| Puntuación | | Tasa de efectividad | | | | |
| Previo a los 12 meses (baseline) | 11,544 (9137) | 13,71 (4,01) | 0,549 (0,151) | 2499 | 7,62 | 0,305 |
| A los 12 meses con benralizumab | 14,043 (3822) | 21,33 (2,21) | 0,853 (0,087) | | | |
| Coste/Efectividad (por punto ganado en el ACT) | | | | 327,95 | | |
| Coste del incremento en 3 puntos en el ACT | | | | 983,86 | | |
| Coste del incremento de 7 puntos (de 13 a 20 en el ACT) | | | | 2295,67 | | |
| Coste/Efectividad (% increment en la puntuación del ACT) | | | | 8201 | | |

Conclusiones: Todos los parámetros farmacoeconómicos analizados confirman que el tratamiento con benralizumab es una opción rentable como terapia complementaria en pacientes con asma eosinofílica grave.

475. DESCRIPCIÓN DEL IVE (ÍNDICE DE VARIABILIDAD EOSINOFÍLICO) EN EL ASMA

N. Toledo Pons¹, J.F.M. Van Boven², J. Muncunill Farreny³, A. Millan Pons³, M. Román Rodríguez³, B. López Andrade⁴, C. Almonacid Sánchez⁵, D. Velasco Álvarez⁵, J.W.H. Kocks⁶ y B. García-Cosío Piqueras⁷

¹Servicio de Neumología Hospital Universitario Son Espases, Palma, España. ²Department of Clinical Pharmacy & Pharmacology, University Medical Center Groningen, University of Groningen, Groningen, Países Bajos. ³Instituto de Investigación Sanitaria de Baleares (IdISBa), Palma, España. ⁴Servicio de Hematología, Hospital Universitario Son Espases, Palma, España. ⁵Servicio de Neumología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. ⁶General Practitioners Research Institute, Groningen, Países Bajos. ⁷Servicio de Neumología, Hospital Universitario Son Espases, Palma, España.

Introducción: El recuento de eosinófilos en sangre predice la respuesta a los corticosteroides inhalados y las terapias biológicas específicas en pacientes con asma. A pesar de este importante papel, aspectos fundamentales del comportamiento de los eosinófilos en el asma como su variabilidad aún no han sido abordados.

Objetivos: Investigar la variabilidad intraindividual en el tiempo de los eosinófilos en sangre en una población asmática real, su relación a episodios hospitalarios (visitas a urgencias y hospitalizaciones) y encontrar una herramienta práctica para definir dicha variabilidad.

Material y métodos: La distribución y variabilidad de 32.411 determinaciones de eosinófilos medidas en 6.767 pacientes con asma estable se investigaron en la cohorte MAJORICA. La variabilidad de eosinófilos y los episodios hospitalarios se analizaron mediante correlaciones, curvas ROC y análisis de regresión múltiple. Los datos de variabilidad se estudiaron mediante la desviación estándar, el coeficiente de variación, el rango intercuartílico, el rango y el índice de variabilidad eosinofílica (IVE) definido como (valor máximo de eosinófilos - valor mínimo de eosinófilos/valor máximo de eosinófilos) × 100% mientras que los valores de contaje fueron el valor medio, la mediana y el valor máximo de cada paciente. El mismo análisis se replicó en una cohorte externa bien caracterizada de 161 pacientes asmáticos con 1.388 determinaciones de eosinófilos en fase estable del Hospital Ramón y Cajal.

Resultados: Todos los datos de variabilidad mostraron una mejor asociación con los episodios hospitalarios que los valores de conteaje. El IVE fue la variable que presentó una mejor asociación con los episodios hospitalarios (Rho: 0,47, p-valor < 0,001 y AUC 0,728 (0,715 - 0,741)). De todas las variables estudiadas, el mejor predictor de ingreso hospitalario fue un IVE \geq 50% (OR ajustado 2,58, IC95% (2,23-2,97)). Estos resultados fueron igualmente validados en la cohorte externa donde de nuevo, el IVE fue la variable con mejor asociación a episodios hospitalarios y con mejor capacidad predictiva.

Conclusiones: La variabilidad de los eosinófilos en pacientes con asma identifica mejor el riesgo de episodios hospitalarios que los valores de recuento absoluto que son los que se utilizan actualmente para guiar tratamientos específicos. Además, el IVE podría ser una herramienta útil y sencilla a nivel clínico para estimar dicha variabilidad.

696. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE AUTOADMINISTRACIÓN DE BENRALIZUMAB EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA

N. Calvente Vera, P. Barragán Reyes, A.B. Gámiz Molina, F. Casas Maldonado, C. Cabrero Rodríguez y P. Gámez Baeza

Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España.

Introducción: El asma es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta alrededor del 5% de la población mundial. Se ha estimado que un 18% de los pacientes asmáticos en Europa occidental tienen asma grave (AG) y alrededor del 50% de ellos tienen un mal control. En un estudio realizado en España la prevalencia del AG no controlado (AGNC) fue del 3,9% sobre el total de asmáticos. En el tratamiento de estos pacientes es necesario utilizar con cierta frecuencia corticoides sistémicos, los cuales generan importantes efectos secundarios. En el AG se han podido identificar diferentes fenotipos/endotipos que ha permitido realizar un tratamiento personalizado con anticuerpos monoclonales (mABs). El objetivo de este estudio es describir y analizar los factores implicados en la autoadministración de benralizumab en una cohorte de pacientes con asma grave no controlado (AGNC).

Material y métodos: Estudio descriptivo de 30 sujetos con AGNC tratados con benralizumab durante un mínimo de 16 semanas. Evaluación de los factores implicados en la autoadministración de benralizumab en una cohorte de pacientes con AGNC.

Resultados: 20 mujeres (66,7%); 10 varones (33,3%), 19 no fumadores (63,3%) y 11 exfumadores (36,7%), diagnosticados de AGT2 ALERG-EOS 12 (40%) y AGT2 EOS 18 (12%), poliposis 13 (43,3%); ERGE 7 (23,3%), Depresión-ansiedad 6 (20%), osteoporosis-osteopenia 15 (50%). Switch por respuesta parcial o no respuesta en 10 pacientes con omalizumab (33,3%), 5 con mepolizumab (16,7%), y 3 oma-mepo (10%), siendo naïf 12 pacientes (40%). 15 pacientes aceptaron programa de autoadministración (50%). En la tabla 1 se muestra la descripción de las variables numéricas para ambos grupos. La comparación de medias nos indica una tendencia a autoadministración en pacientes más jóvenes ($55,7 \pm 3,6$ vs. $63,5 \pm 2,9$; $p = 0,10$). Agrupándolos en mayores o menores de 60 años las diferencias son significativas para el grupo menor de 60 años ($p = 0,033$), factor que es refrendado en el modelo de regresión logística binaria aplicado que indica como único factor implicado en la autoadministración una edad inferior a 60 años ($p = 0,03$).

Conclusiones: 1. El 50% de nuestros pacientes en tratamiento con benralizumab han aceptado un programa de autoadministración domiciliaria. 2. Una edad inferior a 60 años es el único factor implicado como predictor de la aceptación de la autoadministración.

Estadísticos de grupo

| | CODAUTOADMIN | N | Media | Desviación tp. | Error tp. de la media |
|--------------|--------------|----|---------|----------------|-----------------------|
| EDAD | 1 | 15 | 55,720 | 14,0832 | 3,6363 |
| | 0 | 15 | 63,498 | 11,2831 | 2,9133 |
| IMC | 1 | 15 | 28,9256 | 4,24744 | 1,09668 |
| | 0 | 15 | 28,1232 | 4,72631 | 1,22033 |
| IPA | 1 | 6 | 15,00 | 9,466 | 3,864 |
| | 0 | 5 | 32,40 | 34,703 | 15,520 |
| MESESTTO | 1 | 15 | 17,1748 | 5,97440 | 1,54258 |
| | 0 | 15 | 15,1189 | 6,83875 | 1,76576 |
| DOSISPRE | 1 | 6 | 17,083 | 10,2977 | 4,2040 |
| | 0 | 5 | 19,500 | 10,6654 | 4,7697 |
| DOSISPOST | 1 | 6 | 4,17 | 5,845 | 2,386 |
| | 0 | 5 | 11,00 | 12,450 | 5,568 |
| CICLOSCOPRE | 1 | 15 | 2,60 | 1,805 | ,466 |
| | 0 | 15 | 3,20 | 1,859 | ,480 |
| CICLOSCOPOST | 1 | 15 | ,40 | ,632 | ,163 |
| | 0 | 15 | ,80 | 1,821 | ,470 |
| INGRHOSP | 1 | 15 | ,27 | ,458 | ,118 |
| | 0 | 15 | ,73 | 1,163 | ,300 |
| INGRHOSPOST | 1 | 15 | ,07 | ,258 | ,067 |
| | 0 | 15 | ,00 | ,000 | ,000 |
| AQUOPRE | 1 | 15 | 3,47 | 1,125 | ,291 |
| | 0 | 15 | 3,60 | 1,454 | ,375 |
| AQUOPOST | 1 | 15 | ,47 | ,516 | ,133 |
| | 0 | 15 | ,73 | ,961 | ,248 |
| ACTPRE | 1 | 15 | 11,13 | 4,518 | 1,166 |
| | 0 | 15 | 11,87 | 4,658 | 1,203 |
| ACTPOST | 1 | 15 | 21,67 | 4,271 | 1,103 |
| | 0 | 14 | 19,93 | 5,284 | 1,412 |
| IgE | 1 | 15 | 174,80 | 173,549 | 44,810 |
| | 0 | 15 | 170,42 | 126,613 | 32,691 |
| EOSPRE | 1 | 15 | 842,67 | 824,062 | 212,772 |
| | 0 | 15 | 712,67 | 341,435 | 88,158 |
| CODEos | 1 | 15 | 1,60 | ,632 | ,163 |
| | 0 | 15 | 1,60 | ,632 | ,163 |
| FVCPREml | 1 | 15 | 2539,33 | 1035,440 | 267,349 |
| | 0 | 15 | 2403,33 | 573,843 | 148,166 |
| FVCPRE | 1 | 15 | 79,33 | 21,629 | 5,585 |
| | 0 | 15 | 81,60 | 17,307 | 4,469 |
| FVCPOSTml | 1 | 10 | 3022,00 | 1224,280 | 387,151 |
| | 0 | 12 | 3033,33 | 921,307 | 265,958 |
| FVCPOST | 1 | 11 | 93,00 | 24,593 | 7,415 |
| | 0 | 13 | 104,46 | 23,719 | 6,579 |
| FEV1PREml | 1 | 15 | 1585,33 | 815,492 | 210,559 |
| | 0 | 15 | 1310,00 | 346,596 | 89,491 |
| FEV1PRE | 1 | 15 | 59,53 | 23,234 | 5,999 |
| | 0 | 15 | 54,87 | 13,601 | 3,512 |
| FEV1POSTml | 1 | 10 | 2182,00 | 964,582 | 305,028 |
| | 0 | 12 | 1873,33 | 598,822 | 172,865 |
| INCREFEV1ml | 1 | 10 | 857,00 | 821,896 | 259,906 |
| | 0 | 12 | 542,50 | 399,366 | 115,287 |
| FEV1POST | 1 | 10 | 84,60 | 23,191 | 7,334 |
| | 0 | 12 | 80,42 | 23,781 | 6,865 |
| INCREFEV1 | 1 | 10 | 33,80 | 27,792 | 8,789 |
| | 0 | 12 | 24,33 | 15,376 | 4,439 |
| ITPRE | 1 | 15 | ,6087 | ,12744 | ,03290 |
| | 0 | 15 | ,5667 | ,12505 | ,03229 |
| ITPOST | 1 | 10 | ,7140 | ,08758 | ,02770 |
| | 0 | 13 | ,5754 | ,12394 | ,03437 |
| CODRESPmAB | 1 | 15 | ,40 | ,507 | ,131 |
| | 0 | 15 | ,33 | ,488 | ,126 |

677. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RESPUESTA A BENRALIZUMAB EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA

N. Calvente Vera, P. Barragán Reyes, C. Cabrero Rodríguez, A.B. Gámiz Molina, F. Casas Maldonado y P. Gámez Baeza

Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España.

Introducción: El asma es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta alrededor del 5% de la población mundial. Se ha estimado que un 18% de los pacientes asmáticos en Europa occidental tienen asma grave (AG) y alrededor del 50% de ellos tienen un mal control. En un estudio realizado en España la prevalencia del AG no controlado (AGNC) fue del 3,9% sobre el total de asmáticos. En el tratamiento de estos pacientes es necesario utilizar con cierta frecuencia corticoides sistémicos, los cuales generan importantes efectos secundarios. En el

AG se han podido identificar diferentes fenotipos/endotipos que ha permitido realizar un tratamiento personalizado con anticuerpos monoclonales (mABs). El objetivo del estudio es describir y analizar los factores de respuesta a benralizumab en una cohorte de pacientes con asma grave no controlado.

Material y métodos: Estudio descriptivo de 30 sujetos con AGNC tratados con benralizumab durante un mínimo de 16 semanas. Evaluación de la respuesta a benralizumab mediante la herramienta modificada de valoración del control en pacientes con AGNC en tratamiento con mABs del documento de consenso de asma grave del adulto.

Resultados: 20 mujeres (66,7%); 10 varones (33,3%), 19 no fumadores (63,3%) y 11 exfumadores (36,7%), diagnosticados de AGT2 ALERG-EOS 12 (40%) y AGT2 EOS 18 (12%), poliposis 13 (43,3%); ERGE 7 (23,3%), Depresión-ansiedad 6 (20%), osteoporosis-osteopenia 15 (50%). Switch por respuesta parcial o no respuesta en 10 pacientes con omalizumab (33,3%), 5 con mepolizumab (16,7%), y 3 oma-mepo (10%), siendo naïf 12 pacientes (40%). En la tabla se muestra la descripción de las variables numéricas. 11 pacientes (36,7%) mostraron respuesta completa, 9 buena (30%), 9 parcial (30%) y 1 no respuesta (3,3%). Comparación de medias para el grupo con respuesta completa

Estadísticos de grupo

| | CODRESPmAB | N | Media | Desviación tip. | Error tip. de la media |
|--------------|------------|----|----------------|-----------------|------------------------|
| EDAD | 1 | 11 | 61,772 | 16,4763 | 4,9678 |
| | 0 | 19 | 58,356 | 11,0976 | 2,5460 |
| IMC | 1 | 11 | 28,2519 | 3,92044 | 1,18206 |
| | 0 | 19 | 28,6821 | 4,80245 | 1,10176 |
| IPA | 1 | 5 | 11,40 | 12,954 | 5,793 |
| | 0 | 6 | 32,50 | 29,002 | 11,840 |
| MESESTTO | 1 | 11 | 18,6979 | 5,64439 | 1,70185 |
| | 0 | 19 | 14,6699 | 6,47451 | 1,48535 |
| DOSISPRE | 1 | 1 | 10,000 | - | - |
| | 0 | 10 | 19,000 | 10,1516 | 3,2102 |
| DOSISPOST | 1 | 1 | ,00 | - | - |
| | 0 | 10 | 8,00 | 9,775 | 3,091 |
| CICLOSCOPRE | 1 | 11 | 2,73 | 1,555 | ,469 |
| | 0 | 19 | 3,00 | 2,000 | ,459 |
| CICLOSCOPOST | 1 | 11 | ,00 | ,000 | ,000 |
| | 0 | 19 | ,95 | 1,615 | ,371 |
| AGUDPRE | 1 | 11 | 3,09 | 1,300 | ,392 |
| | 0 | 19 | 3,79 | 1,228 | ,282 |
| AGUDPOST | 1 | 11 | ,00 | ,000 | ,000 |
| | 0 | 19 | ,95 | ,780 | ,179 |
| ACTPRE | 1 | 11 | 13,36 | 4,632 | 1,397 |
| | 0 | 19 | 10,42 | 4,207 | ,965 |
| ACTPOST | 1 | 11 | 23,82 | 1,779 | ,536 |
| | 0 | 18 | 19,00 | 5,145 | 1,213 |
| IgE | 1 | 11 | 191,36 | 182,245 | 54,949 |
| | 0 | 19 | 161,75 | 130,810 | 30,010 |
| EOSPRE | 1 | 11 | 1045,45 | 889,757 | 268,272 |
| | 0 | 19 | 622,63 | 341,871 | 78,431 |
| CODEos | 1 | 11 | 2,00 | ,000 | ,000 |
| | 0 | 19 | 1,37 | ,684 | ,157 |
| FVCPREml | 1 | 11 | 2480,00 | 891,908 | 268,920 |
| | 0 | 19 | 2466,32 | 809,748 | 185,769 |
| FVCPRE | 1 | 11 | 85,91 | 18,349 | 5,532 |
| | 0 | 19 | 77,32 | 19,579 | 4,492 |
| FVCPSTml | 1 | 11 | 3262,73 | 1041,663 | 314,073 |
| | 0 | 11 | 2793,64 | 1037,615 | 312,853 |
| FVCPOST | 1 | 11 | 114,82 | 10,572 | 3,188 |
| | 0 | 13 | 86,00 | 25,027 | 6,941 |
| FEV1PREtmi | 1 | 11 | 1456,36 | 657,880 | 198,358 |
| | 0 | 19 | 1442,63 | 633,832 | 145,411 |
| FEV1PRE | 1 | 11 | 61,18 | 16,720 | 5,041 |
| | 0 | 19 | 54,89 | 20,055 | 4,601 |
| FEV1POSTtmi | 1 | 11 | 2274,55 | 784,466 | 236,525 |
| | 0 | 11 | 1752,73 | 720,168 | 217,139 |
| INCREFEV1ml | 1 | 11 | 818,18 | 599,163 | 180,654 |
| | 0 | 11 | 552,73 | 663,025 | 199,909 |
| FEV1POST | 1 | 11 | 96,82 | 12,734 | 3,840 |
| | 0 | 11 | 67,82 | 22,158 | 6,681 |
| INCREFEV1 | 1 | 11 | 35,64 | 20,612 | 6,215 |
| | 0 | 11 | 21,64 | 21,713 | 6,547 |
| ITPRE | 1 | 11 | ,5900 | ,08379 | ,02526 |
| | 0 | 19 | ,5863 | ,14705 | ,03374 |
| ITPOST | 1 | 11 | ,6700 | ,12223 | ,03685 |
| | 0 | 12 | ,6042 | ,13062 | ,03771 |

vs. respuesta parcial o no respuesta nos indica diferencias significativas para el valor de eosinófilos (> 500 eos/ μ l), 1045,5 (DE = 268,3) vs. 622,6 (DE = 78,4). El modelo de regresión logística binaria aplicado para respuesta completa indica que valores más bajos de IMC ($p = 0,025$) y por encima de 500 eos/ μ l ($p = 0,03$) son predictores de una respuesta completa.

Conclusiones: 1. El 66,7% de nuestros pacientes en tratamiento con benralizumab han mostrado respuesta completa o buena. 2. Valores de eosinófilos superiores a 500 eos/ μ l y un IMC más bajo son predictores de una respuesta completa a benralizumab.

456. DESCRIPCIÓN Y EVOLUCIÓN FUNCIONAL DE PACIENTES ASMÁTICOS TRATADOS CON TERAPIAS BIOLÓGICAS EN UNA UNIDAD DE ASMA GRAVE

L. Albarrán de la Cruz, F.J. Campano Lancharro, T. Gutiérrez Urra, S. Herrero Martín, I. Bengoechea Calvo, B. Fernández Infante y P. Cebollero Rivas

Complejo Hospitalario de Navarra (CHN), Pamplona, España.

Introducción: Los anticuerpos monoclonales indicados en el tratamiento del asma grave no controlado han demostrado mejoras en la calidad de vida y función pulmonar, así como una disminución significativa de las exacerbaciones y empleo de corticoides. Hacen falta estudios de práctica clínica habitual en nuestras unidades de asma grave para corroborar esos resultados.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de 86 pacientes en seguimiento en nuestra unidad de asma grave (UAG) en tratamiento los fármacos biológicos disponibles durante un año desde el 2006 al 2019. Se analizan variables biológicas, fenotipo, comorbilidades, funcionalismo pulmonar al inicio y al año del inicio de tratamiento, exacerbaciones o uso habitual de corticoides sistémicos. Se genera una base de datos sobre la que se realiza un análisis estadístico de los parámetros objetivos.

Resultados: El 63,2% eran mujeres, con una edad media de 59,24 años e IMC medio de 28,86. Un 37,21% tiene un perfil eosinofílico (32 pacientes), seguido del alérgico (31 pacientes, 36,05%) y mixto (18 pacientes, 20,93%). La mediana de eosinófilos en sangre periférica al inicio era de 600 cel/ml (950 en el perfil eosinofílico, 300 alérgico, 850 mixto). Se analizaron las siguientes comorbilidades: RSC-P (rinosinusitis polipósica) 50,5%, ERGE 28,7%, SAHS 22,9%, RSC-NP (rinosinusitis no polipósica) 18,3%, obesidad 13,7%, intolerancia a AINES 10,3%, psicomorbilidad 9,19%, fenotipo ACO 6,8%, bronquiectasias 3,4%, síndrome hipereosinofílico 2,2% y ninguna en el 10,3%. 65 pacientes (75,58%) habían recibido tratamiento con omalizumab, 5 pacientes benralizumab (5,81%), 5 pacientes reslizumab (5,81%) y 11 pacientes mepolizumab (12,79%). Se muestra la evolución funcional en la tabla 1. La retirada o descenso de la dosis de corticoide y la disminución en el número de exacerbaciones se analizan en la tabla 2.

| Tipo de anticuerpo monoclonal | Mejoría en FEV1cc basal | Nivel de significación | Mejoría en FEV1cc bd | Nivel de significación |
|-------------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| Totalidad | +172.79 (n=54) | P=0,01 | +106.93cc (n=62) | P=0,011 |
| Omalizumab | +107.62cc (n=42) | P=0,18 | +75.42cc (n=48) | p=0,35 |
| Benralizumab | +737ml (n=3) | p=0,01 | +1610.00cc (n=1) | P=no calculable |
| Mepolizumab + Reslizumab | +288.89cc (n=9) | P=0,10 | +218.46cc (n=13) | p=0,08 |

Tabla 1.

| Tipo de anticuerpo monoclonal | Tratamiento corticoide al inicio de la terapia | Suspensión del CT | Reducción de la dosis de CT | Reducción nº exacerbaciones inicio-año | Nivel de significación (exacerbaciones) |
|-------------------------------|--|-------------------|-----------------------------|--|---|
| Totalidad | 38 (44.18%) | 22 (57.89%) | 10 (26.31%) | de 3.10 (\pm 2.34) a 1.02 (\pm 1.28) | P=1,58 |
| Omalizumab | 26 (40%) | 14 (53.8%) | 7 (26.9%) | de 3.11 (\pm 2.3) a 1.24 (\pm 1.35) | P=2,71 |
| Benralizumab | 2 (40%) | 2 (100%) | 0 | de 3.12 (\pm 1.58) a 0 | P=0,01 |
| Mepolizumab + Reslizumab | 10 (62.4%) | 7 (70%) | 2 (20%) | de 3.12 (\pm 2,7) a 0,5 (\pm 0.89) | P=0,08 |

Tabla 2.

Conclusiones: 1. En nuestra muestra, existe un predominio de mujeres de mediana edad, con asma de tipo eosinofílico, sobrepeso, y hasta un 68,8% con patología de VAS. El mAB más usado ha sido el omalizumab por su disponibilidad hace más años. 2. De los datos analizados, se objetiva una mejoría tanto en la función respiratoria como en la reducción de las exacerbaciones y uso de tratamiento corticoideo. 3. Es preciso una correcta selección del paciente (fenotipo y estudio completo) para la pauta adecuada del tratamiento que pueda proporcionar resultados significativos, tanto clínicos como funcionales.

195. DIFERENCIAS EN LA RESPUESTA A BENRALIZUMAB SEGÚN EL GÉNERO

Á. Martínez Mesa, L. Piñel Jiménez, B. Gómez Rodríguez, E.B. Cabrera Cesar 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 socioeconómica. Los estudios sugieren que las mujeres tienen mayor incidencia y peor sintomatología, presentando cuadros más severos y mayor abuso de medicación de rescate. Sin embargo aún no se ha descubierto el fenómeno fisiopatológico detrás de estos hallazgos. El objetivo de nuestro estudio ha sido valorar las respuestas al tratamiento con benralizumab en mujeres y hombres tras un año de tratamiento.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo sobre los pacientes que han iniciado tratamiento con benralizumab en nuestra consulta monográfica de asma. Se han recogido las siguientes variables: edad, género, visitas a urgencias, corticodependencia, FEV1 y eosinófilos. Todas al inicio y al año de tratamiento.

Resultados: Se recogieron 31 de los cuales 11 (34,37%) eran hombres y 20 (64,52%) mujeres, con una edad media global de 57,16 años. Los cambios porcentuales por género se muestran en la figura 1. El FEV1 al inicio del tratamiento en los hombres fue 62,9% frente al 64,53% en mujeres pasando al 81,09% y 82,55% respectivamente. Al inicio del tratamiento 12 (57,14%) eran corticodependientes con una dosis de prednisona media de 22,78 mg; al año había 3 pacientes con una dosis de 7,5 mg. De los varones 5 (45,4%) eran corticodependientes con una dosis de prednisona media de 16,67 mg; al año solo quedó uno con una dosis de 5 mg. La media de eosinófilos se redujo de 730 a 71 en hombres y de 601 a 0 en mujeres. Las agudizaciones pasaron de 9 (81,8%) a 3 (27,2%) en los hombres y de 16 (80%) a 6 (33,3%) en las mujeres. Con una media agudizaciones de 2,4 a 0,5 en los hombres y de 1,9 a 0,45 en las mujeres. Las diferencias en las cifras de FEV1, eosinofilia, corticodependencia, disminución de prednisona y agudizaciones antes y después de iniciar el tratamiento fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$ en todos los casos) (fig. 2). Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas al estratificar por género.

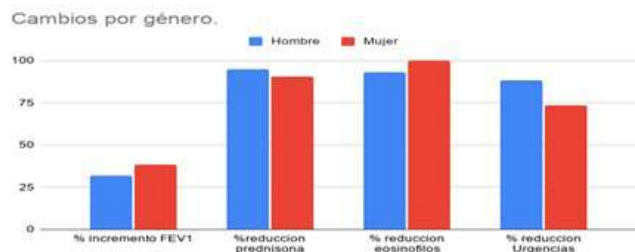


Figura 1.

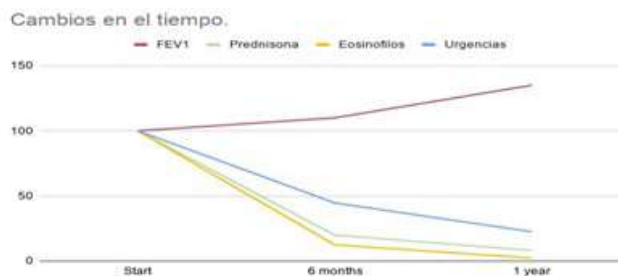


Figura 2.

Conclusiones: Podemos concluir que benralizumab es un fármaco útil en el tratamiento del asma persistente grave no controlado tanto en hombres como en mujeres, sin que haya diferencias observables según el género. Sin embargo, son necesarios más estudios que refuercen estos resultados.

20. DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES INGRESADOS POR EXACERBACIÓN DE ASMA

B. Recio Moreno, S. Suárez Escudero, K.H. Liendo Martínez, I.M. Domínguez Zabaleta, A. Oliva Ramos, L. Puente Maestu y J. de Miguel Díez

Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción: El asma es un problema de salud pública con gran repercusión en la calidad de vida de los pacientes. Según se describe en la literatura, la mayoría de las hospitalizaciones son en mujeres de edad adulta. El objetivo de este estudio es comparar las características clínicas, función pulmonar y comorbilidades entre varones y mujeres hospitalizados por exacerbación de la enfermedad.

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional de cohortes retrospectivo de los pacientes hospitalizados por asma bronquial desde el 1 de enero 2016 al 31 de diciembre 2018 en el hospital Gregorio Marañón. Revisamos las historias clínicas de 184 pacientes recogiendo la edad, sexo, valores antropométricos, comorbilidades, pruebas de función pulmonar y consumo de recursos en el año previo a la hospitalización.

Resultados: De los 184 pacientes incluidos en el estudio, el 23,36% eran varones. Los resultados de las variables analizadas se muestran en las tablas.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes ingresados por exacerbación asmática fueron mujeres. Encontramos diferencias significativas en el IMC y FEV1/FVC, siendo mayor ambos en el caso de las mujeres. Las comorbilidades más frecuentes en mujeres, de forma estadísticamente significativa, fueron la HTA y la depresión, mientras que en los varones fue la poliposis nasal. En general, los pacientes varones consumen más recursos sanitarios en comparación con las mujeres. Esta investigación ha contado con la colaboración de AstraZeneca farmacéutica Spain S.A. Código ERS-19-20176.

| Variables | Varón | Mujer | P |
|--------------------------|-------------|-------------|-------|
| Edad (años) | 58,65±21,38 | 61,83±19,99 | NS |
| IMC (Kg/m ²) | 26,61±6,01 | 29,41±7,48 | 0,006 |
| Espirometria | | | |
| FEV1 (%) | 77,54±27,40 | 82,03±21,91 | NS |
| FVC (%) | 96,10±21,50 | 96,34±21,22 | NS |
| FEV1/FVC | 63,45±13,61 | 69,82±12,00 | 0,013 |

| Comorbilidades | Varones (%) | Mujeres (%) | P |
|-----------------|-------------|-------------|-------|
| HTA | 25,6 | 46,8 | 0,014 |
| DL | 23,3 | 34 | NS |
| Rinosinusitis | 18,6 | 14,2 | NS |
| Poliposis nasal | 7 | 0,7 | 0,014 |
| RGE | 7 | 10,6 | NS |
| Bronquiectasias | 4,7 | 2,8 | NS |
| SAHS | 9,3 | 13,5 | NS |
| Fibromialgia | 0 | 1,4 | NS |
| Insomnio | 0 | 1,4 | NS |
| Ansiedad | 4,7 | 12,8 | NS |
| Depresión | 2,3 | 16,3 | 0,017 |

| Consumo de recursos el año previo | Varones | Mujeres | P |
|---|-----------|-----------|-------|
| Visitas a urgencias hospitalarias (m± DE) | 0,81±1,41 | 0,67±1,54 | NS |
| Ingresos hospitalarios (m± DE) | 0,62±1,28 | 0,30±0,69 | NS |
| Pacientes con ingreso en UCI (%) | 7,1 | 2,8 | NS |
| Episodios de VMNI (%) | 11,9 | 2,1 | 0,007 |
| Visitas a neumología (m± DE) | 0,52±1,15 | 0,43±1,03 | NS |

463. EFECTIVIDAD DE BENRALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE REFRACTARIO A ANTI IL-5 EN EL MARCO DE UN PROGRAMA DE USO EN CONDICIONES ESPECIALES DE DISPENSACIÓN EN ESPAÑA (ESTUDIO ORBE)

E. Martínez Moragón¹, I. García Moguel², J. Nuevo³ y G. Resler Plat³

¹Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

³AstraZeneca Farmacéutica Spain S.A, Madrid, España.

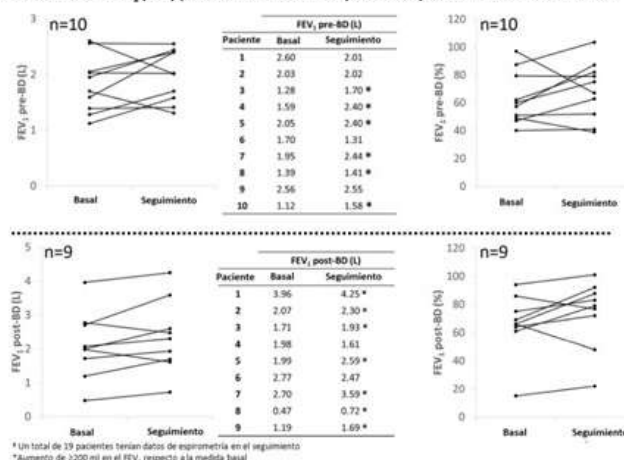
Introducción: El benralizumab es un anticuerpo monoclonal antieosinófilo contra el receptor de la interleuquina-5 (anti IL-5R). Fue usado en España previamente a su autorización de comercialización, según sus indicaciones aprobadas en el marco de un programa de uso en condiciones especiales de dispensación (EAP), de marzo a diciembre de 2018. El objetivo de este estudio es describir el perfil clínico y la efectividad de benralizumab en los pacientes participantes.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, retrospectivo en pacientes con asma grave eosinofílica (AGE) que habían presentado respuesta insuficiente o intolerancia a tratamientos previos con biológicos anti IL-5 (mepolizumab, reslizumab). Se describen las características clínicas al inicio del tratamiento con benralizumab, así como la efectividad (control, calidad de vida, función pulmonar, exacerbaciones) y uso de recursos sanitarios en aquellos pacientes que recibieron al menos 3 dosis de benralizumab.

Resultados: Fueron incluidos 27 pacientes (51,9% mujeres) con asma grave no controlada, mayoritariamente eosinofílicos (88,9%), 24 (88,9%) de ellos usaban corticoides orales (CSO) en forma crónica. Al inicio del tratamiento con benralizumab, el recuento de eosinófilos [media (DE)] fue 371,9/ μ L (315,5) y 15 pacientes (55,6%) tenían ≥ 300 / μ L. La puntuación media (DE) en el cuestionario ACT fue de 14 (6,1). La efectividad fue evaluada en 19 pacientes que recibieron al menos 3 dosis de benralizumab y con una mediana de seguimiento de 4,5 (1,8-7,1) meses. Los eosinófilos en sangre [media (DE)] disminuyeron de 490/ μ L (353,9) a 0,8/ μ L (2,8), ($p = 0,002$). Tanto el ACT como el AQLQ presentaron incrementos clínicamente significativos respectivamente frente a la basal [media (DE)] de 3,3 (6,8) y 1,2 (1,9)

unidades. Nueve de 15 pacientes en el seguimiento tuvieron incrementos clínicamente significativos del FEV1 de 230 mL. Un 40% ($n = 6$) de los pacientes tratados con CSO, presentaron una reducción de al menos el 25% en la dosis. La tasa anualizada de exacerbaciones se redujo significativamente en 2,12 por paciente-año (IC95% 0,99-3,24; $p = 0,002$), visitas a urgencias/hospitalizaciones 1,18 por paciente-año (IC95% 0,51-1,85; $p = 0,007$) y en las visitas no programadas en 2,28 por paciente-año (IC95%: 0,65-2,30; $p = 0,004$).

Variación en el FEV₁ pre y postbroncodilatador en pacientes que recibieron benralizumab*



* Un total de 19 pacientes tenían datos de espirometría en el seguimiento.

*Aumento de ≥ 200 ml en el FEV₁, respecto a la medida basal.

Conclusiones: Los pacientes con AGE en el EAP de benralizumab presentaron resultados clínicamente significativos en control, calidad de vida, función pulmonar y exacerbaciones graves.

7. EFECTIVIDAD DE MEPOLIZUMAB Y BENRALIZUMAB EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ASMA GRAVE EOSINOFÍLICO EN VIDA REAL

M.J. Espinosa de los Monteros Garde, F. Moreno Sánchez, V. Sanz Romero, Y. Urbano Aranda, C. Blázquez Romero, R. Hidalgo Carvajal y C. Almonacid Sánchez

Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España.

Introducción: El mepolizumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea la interleuquina 5 circulante (IL5). El benralizumab se une a la subunidad alfa del receptor de la IL 5 induciendo la eliminación directa de eosinófilos y basófilos. Son escasos los estudios en vida real que evalúen el impacto de los fármacos biológicos en el tratamiento del asma. Dichos trabajos son claves a la hora de objetivar el efecto del tratamiento en condiciones de práctica clínica habitual. El propósito del estudio fue evaluar las variables de efectividad y función pulmonar entre el periodo pre-biológico (al menos 6 meses antes del inicio de la pauta del tratamiento) y el post-biológico.

Material y métodos: Estudio observacional ambispectivo en la unidad de asma del Hospital Virgen de la Salud de Toledo en el que se incluyeron todos los pacientes asmáticos graves eosinofílicos tratados con biológicos (mepolizumab o benralizumab) en los que pudiéramos hacer análisis comparativo pre y post-biológico durante al menos 6 meses. Se recogieron en el momento de inicio del biológico datos demográficos, presencia de atopia, tratamiento previo con otro fármaco biológico, corticoddependencia, presencia de EREA o rinitis, control del asma medido por el cuestionario de control (ACT) y índice de masa corporal (IMC), % del volumen espirado en el primer segundo (FEV1) y eosinófilos en sangre. Las variables que fueron recogidas 6 meses pre-biológico vs. 6 meses posbiológico y en el caso de

28 pacientes 12 meses prebiológico vs. 12 meses postbiológico eran variables de efectividad: número de ingresos hospitalarios, admisiones al servicio de urgencias y necesidad de número de ciclos de corticoides

Resultados: Se analizaron 25 pacientes en tratamiento con mepolizumab y 13 con benralizumab alcanzando un tiempo de seguimiento de 12 meses en el 73,7% de los mismos (10 en el caso de benralizumab y 18 para mepolizumab). Tras el tratamiento biológico se observa una disminución del 71% en el número de ingresos ($p = 0,0027$) y del 66% ($p = 0,0013$) en las visitas a urgencias. Se contabilizaron 31 ciclos de corticoides vs. 15 tras el tratamiento biológico suponiendo un descenso de un 52% ($p = 0,0069$). El control del asma medido por cuestionario de control (ACT) fue de 10,8 puntos (DE: 4,73) vs. 20,3 puntos (DE: 4,77), ($p = 0,001$) y el % FEV1 fue del 70,6% (DE: 21,5) vs. 76,2% (DE: 27,2), ($p = 0,0437$).

Exacerbaciones antes y después del tratamiento biológico

| Variabes | Periodo Pre-biológico media (SD) | Periodo Post-biológico media (SD) | Diferencia (%) | P* |
|----------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------|--------|
| Número visitas a urgencias | 1,44 (1,8) | 0,50 (1,2) | -66% | 0,0013 |
| Número ingresos | 0,74 (1,1) | 8 (0,21) | -71% | 0,0027 |
| Ciclos de esteroides | 0,8 (0,9) | 0,4 (0,7) | -52% | 0,0069 |

*Comparación de los datos antes y después del tratamiento biológico

Características clínicas y funcionales comparativas entre periodo postbiológico

| Variabes | Periodo Pre-biológico media (SD) | Periodo Post-biológico media (SD) | Diferencia | P* |
|-------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------|--------|
| ACT | 10,8 (4,8) | 20,3 (4,8) | 9,5 | 0,001 |
| FEV1% | 70,6 (21,5) | 76,2 (27,3) | 5,6 | 0,0437 |
| Eosinofilia | 420,1 (302,8) | 93,4 (123,8) | 326,7 | 0,0001 |

*Comparación de los datos antes y después del tratamiento biológico
Abreviaturas: ACT: Asma Control Test. FEV1: Volumen espiratorio forzado en el primer segundo

Conclusiones: Se confirma la efectividad de los fármacos anti IL5 en vida real mostrando mejoras en exacerbaciones, control y función pulmonar.

208. EFECTO DE TEZEPelumab SOBRE LA PROPORCIÓN DE PACIENTES SIN EXACERBACIONES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA EN NAVIGATOR

S. Korn¹, A. Bourdin², G. Chupp³, G. Colice⁴, C. S Ambrose⁵, K. Kmita⁶, J.P. Llanos-Ackert⁷, N. Molfino⁸ y B. Cook⁵

¹Pulmonary Department, Mainz University Hospital, Mainz, Alemania. ²PhyMedExp, University of Montpellier, CNRS, INSERM, CHU Montpellier, Montpellier, Francia. ³Yale School of Medicine, New Haven, New Haven, CT, Estados Unidos. ⁴Late-stage Development, Respiratory and Immunology, BioPharmaceuticals R&D, AstraZeneca, Gaithersburg, MD, Estados Unidos. ⁵Respiratory and Immunology, BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, Gaithersburg, MD, Estados Unidos. ⁶Biometrics, Late-stage Development, Respiratory and Immunology, BioPharmaceuticals R&D, AstraZeneca, Warsaw, Polonia. ⁷Global Medical Affairs, Amgen, Thousand Oaks, Ca, Estados Unidos. ⁸Global Development, Amgen, Thousand Oaks, CA, Estados Unidos.

Introducción: El tezepelumab es un anticuerpo monoclonal humano que bloquea la actividad de la linfopoyetina estromal tímica (TSLP). El estudio NAVIGATOR de fase 3 (NCT03347279) investigó la eficacia y seguridad de tezepelumab en adultos y adolescentes con asma grave

no controlada. Este análisis exploratorio preespecificado evaluó la proporción de pacientes sin exacerbaciones durante NAVIGATOR.

Material y métodos: Este fue un estudio multicéntrico, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo. Los pacientes (12-80 años) que recibieron corticosteroides inhalados en dosis media o alta y ≥ 1 medicamento controlador adicional con o sin corticosteroides orales fueron aleatorizados 1:1 para recibir 210 mg de tezepelumab o placebo por vía subcutánea cada 4 semanas durante 52 semanas. La proporción de pacientes libres de exacerbaciones se evaluó en toda la población y en pacientes agrupados por el número de exacerbaciones experimentadas en el último año (2 o ≥ 3).

Resultados: De 1.059 pacientes que recibieron el tratamiento del estudio (tezepelumab 210 mg, $n = 528$; placebo, $n = 531$), 635 y 424 tuvieron 2 o ≥ 3 exacerbaciones en el último año, respectivamente. La proporción de pacientes sin exacerbaciones fue mayor en el grupo de tezepelumab que en el grupo de placebo en toda la población (54,2% frente a 38,6%; OR [IC95%]: 1,93 [1,51-2,47]), y entre los que tenían 2 exacerbaciones (56,5% vs. 44,6%; OR [IC95%]: 1,61 [1,17-2,21]) y ≥ 3 exacerbaciones (50,9% vs. 29,1%; OR [IC95%]: 2,58 [1,72-3,86]) en el último año.

Conclusiones: El tezepelumab aumentó sustancialmente la proporción de pacientes sin exacerbaciones frente a placebo, incluso entre aquellos que tuvieron ≥ 3 exacerbaciones en el último año. Estos datos demuestran los beneficios potenciales de tezepelumab en pacientes con asma grave no controlada.

44. EFECTOS DE MEPOLIZUMAB SOBRE EL CONTROL Y LOS RESULTADOS CLÍNICOS EN EL ASMA GRAVE

I. Boira Enrique, E. Chiner Vives, S. Vañes Baños, V. Esteban Ronda, C. Castelló Faus, E. Pastor Esplá, J.N. Sancho Chust, M.Á. Bernabeu Martínez, J. Campillo López y T. Aznar Saliente

Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España.

Introducción: El mepolizumab se ha mostrado efectivo en el tratamiento de pacientes con asma eosinofílico (AE) grave mal controlado. Evaluamos su efectividad en el control del asma y sobre la función pulmonar.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con AE persistente grave no controlado, que iniciaron terapia con mepolizumab. Se analizó función pulmonar, eosinofilia, IgE, comorbilidad y cambios en el control mediante cuestionarios ACT, ACQ, escala analógica visual (VAS), efecto sobre disminución, retirada de esteroides y de otra medicación, ingresos hospitalarios y visitas a urgencias respecto al año anterior, e impresión subjetiva.

Resultados: De los 51 pacientes, se analizaron 46 (se retiraron 5 por ineffectividad o efectos adversos), 72% mujeres, 57 ± 13 años, FEV1% $76 \pm 22\%$, IMC $26,2 \pm 4$ kg/m², seguimiento 800 ± 248 días, IgE 288 ± 382 UI/mL (6-2120), 773 ± 904 eosinófilos, $10 \pm 6\%$ (2-43). Habían seguido previamente omalizumab 33 (64%). Presentaron comorbilidad 63%, con una o más: rinitis 86%, poliposis nasal 61%, ARES 48%, dermatitis atópica 35%, alergia alimentaria 25%, obesidad 18%, bronquiectasias 9%, aspergilosis broncopulmonar alérgica 10%, SAHS 3%, cardiopatía isquémica 3%. Recibían habitualmente uno o más: dosis altas de esteroides inhalados y LABA en 100%, montelukast 45%, anticolinérgicos 39%, antihistamínicos 18%, xantinas 4%, esteroides orales en 37% y ≥ 2 ciclos de esteroides orales en 69%. Habían ingresado en el último año el 22% y 58% había acudido a urgencias (suma: $3,3 \pm 5$ atenciones). Comparando la situación basal y tras tratamiento, se observaron diferencias en VAS ($7,5 \pm 1$ vs. 3 ± 1 , $p < 0,001$), ACT (13 ± 1 vs. 22 ± 1 , $p < 0,001$) y ACQ ($4 \pm 0,4$ vs. $1,2 \pm 0,3$, $p < 0,001$), FEV1% (76 ± 22 vs. 82 ± 23 , $p < 0,001$). Se redujeron las atenciones ($3,3 \pm 5$ vs. $0,3 \pm 1$, $p < 0,001$), visitas a urgencias ($2,6 \pm 4$ vs. $0,2 \pm 0,6$, $p < 0,001$) e ingresos ($p < 0,05$). De los 19 pacientes con esteroides orales se retiraron en 14 y redujeron 5. La medicación de mantenimiento y res-

cate se redujo significativamente. La impresión subjetiva fue: mucha mejoría en 89% y gran mejoría en 11%.

Conclusiones: El mepolizumab en pacientes con AE grave mal controlado mejoró el control del asma y la función pulmonar, disminuyendo la necesidad de esteroides orales, dosis de medicación de mantenimiento y rescate, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios.

413. EFICACIA A LARGO PLAZO DE DUPILUMAB EN PACIENTES CON ASMA MODERADA O GRAVE QUE RECIBIERON 3 AÑOS DE TRATAMIENTO

C. Domingo¹, A. Papi², A. Bourdin³, H. Watz⁴, I.D. Pavord⁵, M.E. Wechsler⁶, X. Mao⁷, B. Ortiz⁸, M. Djandji⁹, L.P. Mannent¹⁰, M. Ruddy⁸, E. Laws⁷, N. Amin⁸, D.J. Lederer⁸ y M. Hardin⁹

¹Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona, España. ²Unidad de Neumología, Universidad de Ferrara, Hospital Universitario de Sta. Anna, Ferrara, Italia. ³Hospital Universitario de Montpellier, Montpellier, Francia. ⁴Instituto de Investigación Pulmonar, LungenClinic Grosshansdorf, Airway Research Center North (ARCN), German Center for Lung Research (DZL), Grosshansdorf, Alemania. ⁵Centro de Investigación Biomédica de Oxford y NIHR, Universidad de Oxford, Oxford, Reino Unido. ⁶National Jewish Health, Denver, Estados Unidos. ⁷Sanofi, Bridgewater, Estados Unidos. ⁸Regeneron Pharmaceuticals, Inc, Tarrytown, Estados Unidos. ⁹Sanofi, Cambridge, Estados Unidos. ¹⁰Sanofi, Chilly-Mazarin, Francia.

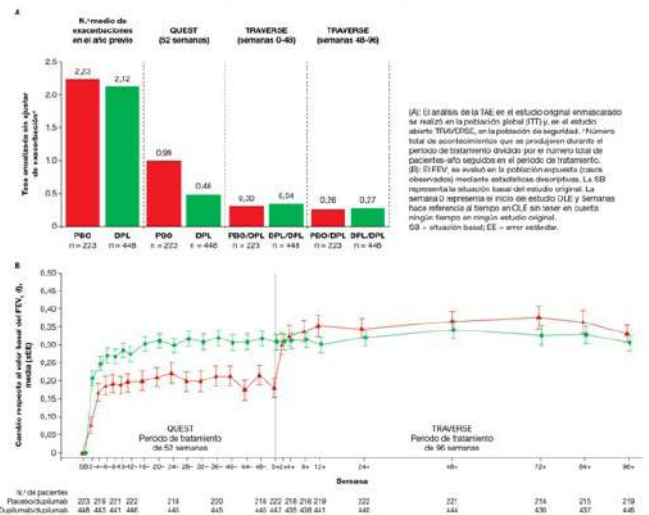
Introducción: La inflamación persistente de las vías respiratorias puede contribuir al deterioro de la función pulmonar en pacientes con asma no controlada. El dupilumab (DPL), un anticuerpo monoclonal totalmente humano, bloquea el componente compartido del receptor de IL-4/13, principales IL desencadenantes de la inflamación de tipo 2 en varias enfermedades. En el estudio QUEST (NCT02414854), la administración de 200/300 mg de dupilumab cada 2 semanas (q2w) vs. placebo (PBO) redujo significativamente las exacerbaciones graves del asma y mejoró el volumen espiratorio forzado en 1 segundo (FEV1) prebroncodilatador. TRAVERSE (NCT02134028), un estudio de extensión abierto en pacientes con asma que completaron un estudio anterior de DPL, evaluó la seguridad, tolerabilidad y eficacia a largo plazo de DPL durante 96 semanas. La duración se redujo de 96 a 48 semanas en un subgrupo de pacientes de QUEST. Este análisis *post hoc* de TRAVERSE evaluó la eficacia a largo plazo de DPL en los pacientes de QUEST incluidos en TRAVERSE que completaron 96 semanas de tratamiento.

Material y métodos: Se analizaron datos de pacientes de QUEST tratados con DPL o PBO que recibieron tratamiento con 300 mg q2w de DPL en TRAVERSE durante 96 semanas. Las variables evaluadas fueron la tasa anualizada de exacerbaciones (TAE) graves y el cambio respecto al valor basal en QUEST del FEV1 durante QUEST y TRAVERSE.

Resultados: La TAE sin ajustar (fig., panel A) en los pacientes tratados con DPL/DPL fue baja durante QUEST, con reducciones progresivas observadas durante los dos años posteriores de TRAVERSE. En los pacientes con PBO/DPL, la TAE sin ajustar fue baja en TRAVERSE, similar a la del grupo DPL/DPL en la semana 48 (0,30 y 0,34, respectivamente). Se observaron mejoras clínicamente significativas del FEV1 (fig., panel B) en la semana 52 de QUEST en los pacientes con DPL que se mantuvieron durante TRAVERSE, sin pérdida aparente de efecto del tratamiento. También se observaron mejorías del FEV1 en los pacientes con PBO/DPL tras el inicio del tratamiento con DPL en TRAVERSE, que se mantuvieron durante TRAVERSE.

Conclusiones: DPL demostró una eficacia sostenida en la reducción de las exacerbaciones graves del asma y la mejoría de la función pulmonar en pacientes con asma moderada o grave con hasta tres años de exposición a DPL.

Figura. Variables de eficacia en los pacientes del estudio QUEST transferidos al estudio TRAVERSE que finalizaron 3 años completos de tratamiento con dupilumab. (A) TAE sin ajustar; (B) Cambio del FEV1, respecto al valor basal en QUEST



430. EFICACIA DE DUPILUMAB A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON ASMA DEPENDIENTES DE CORTICOSTEROIDES ORALES: LIBERTY ASTHMA TRAVERSE

X. Muñoz¹, A. Papi², M. Castro³, J. Corren⁴, I.D. Pavord⁵, X. Mao⁶, B. Ortiz⁷, M. Djandji⁸, M. Ruddy⁷, E. Laws⁶, L.P. Mannent⁹, Ni. Amin⁷, R. Gall⁷, J.A. Jacob-Nara^{6,8}, Y. Deniz⁷, P.J. Rowe⁶, D.J. Lederer⁷ y M. Hardin⁸

¹Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España. ²Unidad de Neumología, Universidad de Ferrara, Hospital Universitario de Sta. Anna, Ferrara, Italia. ³Facultad de Medicina de la Universidad de Kansas, Kansas City, Estados Unidos. ⁴Facultad de Medicina David Geffen en UCLA, Los Angeles, Estados Unidos. Centro de Investigación Biomédica de Oxford y NIHR, Universidad de Oxford, Oxford, Reino Unido. ⁵Sanofi, Bridgewater, Estados Unidos. ⁶Regeneron Pharmaceuticals, Inc, Tarrytown, Estados Unidos. ⁷Sanofi, Cambridge, Estados Unidos. ⁸Sanofi, Chilly-Mazarin, Francia.

Introducción: Si bien los corticosteroides orales (CEO) pueden ser necesarios para el control de síntomas y exacerbaciones en pacientes con asma grave, éstos pueden tener muchos efectos secundarios. El dupilumab (DPL), un anticuerpo monoclonal totalmente humano, bloquea el componente compartido del receptor de IL-4/13, principales desencadenantes de la inflamación tipo 2 en varias enfermedades. En VENTURE (NCT02528214), 300 mg de DPL cada 2 semanas redujeron significativamente la necesidad de CEO y las exacerbaciones de asma graves y mejoraron el volumen espiratorio forzado en 1 segundo (FEV1) vs. placebo (PBO) en pacientes con asma grave dependiente de CEO. En el estudio de extensión abierto TRAVERSE (NCT02134028), se evaluó la seguridad, la tolerabilidad y la eficacia a largo plazo de DPL. Este análisis *post hoc* evaluó las mejoras a largo plazo de los parámetros de la función pulmonar en los pacientes de VENTURE incluidos en TRAVERSE.

Material y métodos: Los pacientes que recibieron 300 mg de DPL o PBO en VENTURE se incluyeron en TRAVERSE y recibieron 300 mg de DPL durante 96 semanas. La duración se corrigió de 96 a 48 semanas en un subgrupo de pacientes. Las variables evaluadas fueron el cambio medio respecto al valor basal de VENTURE del FEV1, la capacidad vital forzada (CVF) y el flujo espiratorio forzado entre el 25 y el 75% de la CVF (FEF25-75%) en TRAVERSE.

Resultados: La dosis media basal de CEO en VENTURE fue 11,6 y 11,0 mg/día en pacientes con PBO y DPL, se redujo un 46 y 74% (% medio de reducción) en la semana 0 de TRAVERSE en los grupos

PBO/DPL y DPL/DPL, respectivamente, y se mantuvo en TRAVERSE. En DPL/DPL, las mejoras de los parámetros de la función pulmonar medidos al final de VENTURE se mantuvieron durante TRAVERSE (tabla), con unas medias de cambio (DE) respecto a la situación basal del FEV1, FEF25-75% y CVF en la semana 48 de 0,33 (0,53) l, 0,29 (0,66) l/s y 0,38 (0,56) l, respectivamente. Con PBO/DPL, se observaron mejoras de los parámetros de la función pulmonar medidos tras la inclusión en TRAVERSE (tabla), con unas medias de cambio (DE) del FEV1, FEF25-75% y CVF en la semana 48 de 0,31 (0,50) l, 0,34 (0,56) l/s y 0,29 (0,56) l, respectivamente. Las mejoras se mantuvieron a las 96 semanas (tabla).

Tabla. Resumen de variables de eficacia en los pacientes de VENTURE incluidos en TRAVERSE y que recibieron hasta 96 semanas de tratamiento con DPL.

| | Pacientes de VENTURE transferidos a TRAVERSE | |
|--|--|--|
| | Placebo/dupilumab (n = 97) Semana 0 n = 97 Semana 2 n = 95 Semana 48 n = 88 Semana 96 n = 32 | Dupilumab/dupilumab (n = 90) Semana 0 n = 89 Semana 2 n = 86 Semana 48 n = 82 Semana 96 n = 28 |
| FEV1 (l): SBEO, media (DE) | 1,62 (0,62) | 1,53 (0,50) |
| Cambio respecto a la SBEO, media (DE) | | |
| Semana 0 (situación basal de TRAVERSE) | -0,01 (0,50) | 0,29 (0,46) |
| Semana 2 | 0,25 (0,49) | 0,28 (0,48) |
| Semana 48 | 0,31 (0,50) | 0,33 (0,53) |
| Semana 96 | 0,36 (0,66) | 0,25 (0,46) |
| CVF (l): SBEO, media (DE) | 2,74 (0,80) | 2,59 (0,73) |
| Cambio respecto a la SBEO, media (DE) | | |
| Semana 0 | -0,04 (0,52) | 0,34 (0,58) |
| Semana 2 | 0,23 (0,50) | 0,32 (0,48) |
| Semana 48 | 0,29 (0,56) | 0,38 (0,56) |
| Semana 96 | 0,38 (0,82) | 0,22 (0,42) |
| FEF_{25%-75%} (l/s): SBEO, media (DE) | 0,93 (0,57) | 0,87 (0,49) |
| Cambio respecto a la SBEO, media (DE) | | |
| Semana 0 | 0,04 (0,52) | 0,23 (0,49) |
| Semana 2 | 0,26 (0,56) | 0,23 (0,57) |
| Semana 48 | 0,34 (0,56) | 0,29 (0,66) |
| Semana 96 | 0,42 (0,64) | 0,27 (0,53) |

DE = desviación estándar; SBEO = situación basal del estudio original.

Conclusiones: En una población con asma grave dependiente de CEO, DPL mantuvo las mejoras de la función pulmonar y la reducción de la exposición a CEO que se logró en VENTURE durante 96 semanas.

206. EFICACIA DE TEZEPelumab EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA Y PÓLIPOS NASALES COMÓRBIDOS EN NAVIGATOR

A. Menzies-Gow¹, J. Corren², E. Israel³, T. Welte⁴, C.S. Ambrose⁵, G. Hunter⁶, J.P. Llanos-Ackertl⁷ y G. Colice⁸

¹Royal Brompton Hospital, London, Reino Unido. ²David Geffen School of Medicine, University of California, Los Ángeles, Estados Unidos. ³Pulmonary and Critical Care Medicine, Allergy & Immunology, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, California, Estados Unidos. ⁴Department of Respiratory Medicine and German Center for Lung Research, Hannover Medical School, Boston, Alemania. ⁵Respiratory and Immunology, BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, MA, Estados Unidos. ⁶Biometrics, Late-stage Development, Respiratory and Immunology, BioPharmaceuticals R&D, AstraZeneca, Hannover, Reino Unido. ⁷Global Medical Affairs, Amgen, Gaithersburg, Estados Unidos. ⁸Late-stage Development, Respiratory and Immunology, BioPharmaceuticals R&D, AstraZeneca, MD, Estados Unidos.

Introducción: El tezepelumab es un anticuerpo monoclonal humano que bloquea la actividad de la linfopoyetina estromal tímica. El estudio NAVIGATOR de fase 3 (NCT03347279) investigó la eficacia y seguridad del tezepelumab en pacientes con asma grave no controlada. Este análisis exploratorio preespecificado evaluó el efecto de tezepelumab en pacientes de NAVIGATOR con o sin pólipos nasales reportados (PN+ o PN-) en los últimos 2 años.

Material y métodos: NAVIGATOR fue un estudio multicéntrico, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo. Los pacientes (12-80 años de edad) fueron aleatorizados 1:1 para recibir 210 mg de tezepelumab o placebo por vía subcutánea cada 4 semanas durante 52 semanas. En los subgrupos con PN se evaluó: la tasa anualizada de exacerbaciones del asma (AAER) durante 52 semanas, los cambios medios de mínimos cuadrados (LS) desde el inicio hasta la semana 52 en el volumen espiratorio forzado en el primer segundo prebroncodilatador (FEV1 pre-BD) y la puntuación del test de los resultados sinonasales (SNOT) -22

Resultados: De 1.059 pacientes (tezepelumab, n = 528; placebo, n = 531), 83 tenían NP en los últimos 2 años y 976 no. La media (DE) del FEV1 pre-BD basal (tezepelumab, placebo) fue de 2,01 (0,75) L y 1,89 (0,66) L para pacientes PN+ y 1,82 (0,71) L y 1,85 (0,71) L para pacientes PN-. El tezepelumab redujo la AAER en un 86% (IC95%: 70-93) y un 52% (IC95%: 42-61), y mejoró el FEV1 pre-BD en 0,20 L (IC95%: 0,02-0,37) y 0,13 L (IC95%: 0,08-0,18) versus placebo en pacientes PN+ y PN-, respectivamente. El tezepelumab redujo la puntuación SNOT-22 en pacientes con PN+ en 9,6 puntos (IC95%: 0,9-18,2) en comparación con el placebo (puntuaciones medias iniciales: tezepelumab, 49,4; placebo, 47,8).

Conclusiones: El tezepelumab redujo las exacerbaciones y mejoró la función pulmonar y los síntomas nasales en pacientes con asma grave no controlada y PN comórbida.

224. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON MEPOLIZUMAB EN ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Á. Lanza Martínez, A.I. Enríquez Rodríguez, T. Hermida Valverde, F.J. López González, M. Rodríguez Pericacho, C. Bailón Cuadrado, S. Gómez Mañas, C. de la Escosura Muñoz, A. Fernández Fernández, L. Martínez Vega y M.M. García Clemente

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Introducción: El tratamiento convencional del asma incluye generalmente el uso de corticoides y broncodilatadores adrenérgicos beta-2 inhalados, aunque en algunos casos, la gravedad del proceso y la reiteración en las agudizaciones, requiere añadir otros fármacos y emplear corticoides sistémicos. En pacientes con asma grave no controlada fenotipo T2 eosinofílica está indicado utilizar fármacos biológicos como el mepolizumab. Este anticuerpo monoclonal se ha demostrado eficaz para reducir las agudizaciones, necesidades de corticoides orales (CO) y mejorar la calidad de vida. En este trabajo, nuestro objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad del mepolizumab en una cohorte de pacientes con asma eosinofílica grave en el Hospital Universitario Central de Asturias.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo en el que se han incluido pacientes > 18 años con asma grave eosinofílica no controlada, que habían estado o estaban a tratamiento con mepolizumab en nuestro centro entre enero de 2016 y junio de 2020. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos, función pulmonar, cuestionario ACT (Asthma Control Questionnaire) y evolución clínica, así como el motivo de retirada en aquellos pacientes en los que no se haya continuado con el tratamiento. El tiempo de seguimiento mínimo fue de 6 meses. Se valoró la tasa de agudizaciones y hospitalizaciones en aquellos pacientes a los que se siguió durante más de un año. Se consideró a un paciente respondedor si presentaba una reducción de

> 25% en el número de agudizaciones, descenso significativo de la dosis de esteroides o una mejoría en la puntuación del ACT. Los análisis estadísticos se efectuaron con el programa Stata v15.4.2.

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes (74,5% mujeres), con edad media 55,5 (13,7) años. El 77,3% de los pacientes se consideraron respondedores a mepolizumab. La tasa anual de exacerbaciones disminuyó de 6,1 (4,8) a 2 (2,9) ($p < 0,000$). El porcentaje de pacientes que precisaron tratamiento con corticoides orales disminuyó del 25,5% al 17%, con una reducción de dosis de 16,9 (10,2) mg a 9,7 (11,3) mg ($p = 0,001$). El FEV1 aumentó del 70,86% (22,3) al 79,7% (23,9) ($p = 0,000$). No se detectaron eventos adversos graves durante el período de estudio.

Tabla 1: Parámetros descriptivos.

| Características clínicas | Número pacientes (%) |
|---|----------------------|
| Sexo femenino | 35 (74,5) |
| Edad (años) | 55,5 ± 13,7 |
| Tabaquismo | 10 (21,3) |
| Rinitis | 34 (72,4) |
| Atopia | 21 (44,7) |
| Poliposis | 22 (46,8) |
| Eosinofilia > 200 cells/mm ³ | 45 (95,7) |
| RGE | 22 (46,8) |
| Sd. Ansioso-depresivo | 20 (42,5) |
| Obesidad | 14 (29,8) |
| Bronquiectasias | 10 (21,3) |
| Intolerancia AINES | 11 (23,4) |
| Granulomatosis con poliangiitis | 3 (6,4) |

Tabla 2: Parámetros antes y después del tratamiento con mepolizumab.

| Variabes | Antes mepolizumab | Después mepolizumab | p |
|-------------------------|-------------------|---------------------|-------|
| Corticoides orales (mg) | 16,9 | 9,7 | 0,001 |
| ACT | 13,2 | 17,5* | 0,001 |
| FEV1 (ml) | 1941 | 2070 | 0,073 |
| FEV1 (%) | 70,9 | 79,7 | 0,001 |
| SABA diario n (%) | 36 (76,6%) | 15 (31,9%) | 0,000 |
| Agudizaciones/año | 6,1 | 2 | 0,000 |
| Hospitalizaciones/año | 0,15 | 0,04 | 0,058 |

Tabla 3: Diferencias entre respondedores y no respondedores a mepolizumab.

| Características clínicas | Respondedores (%) | No respondedores (%) | p |
|--------------------------|-------------------|----------------------|--------------------|
| Mujer | 85,3 | 50 | 0,032 |
| Edad (años) | 57,7 | 48 | 0,047 |
| Tabaquismo | 20,6 | 10 | 0,406 ^o |
| Rinitis | 73,5 | 70 | 0,559 |
| Atopia | 50 | 47,1 | 0,857 |
| Poliposis nasal | 66,7 | 41,2 | 0,155 |
| IgE >127 U/mL | 55,6 | 44,4 | 0,233 |
| RGE | 50 | 50 | 1 |
| Sd. Ansioso-depresivo | 40 | 44,1 | 0,817 |
| Obesidad | 33,3 | 31 | 0,922 |
| Omalizumab | 23,5 | 50 | 0,107 |
| FEV1 < 60% | 29,4 | 55,6 | 0,143 |
| Corticoides orales | 23,5 | 40 | ,304 |

Conclusiones: En nuestra experiencia, mepolizumab ha demostrado una reducción significativa de las exacerbaciones, dosis diaria de corticoides orales y una mejoría en el control de los síntomas. Además,

posee un perfil de seguridad adecuado, sin evidencia de efectos adversos graves.

424. ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON ASMA RELACIONADO CON EL TRABAJO

D. Espejo Castellanos¹, E. Arismendi Núñez², B. Barroso García³, I. Bobolea², M.J. Cruz Carmona^{1,4,5}, E. Curto Sánchez⁶, V. del Pozo Abejón^{5,7}, F.J. González Barcala^{5,8}, C. Martínez Rivera^{5,9}, J. Mullol Miret^{2,5}, J.J. Nieto Fontarigo⁸, J.M. Olaguibel Rivera^{5,10}, C. Picado Vallés², V. Plaza Moral^{5,6}, S. Quirce Gancedo^{5,11}, M.J. Rial Prado¹², C.E. Romero Mesones^{1,5}, F.J. Salgado Castro⁸, J. Sastre Domínguez^{3,5}, B. Sastre Turrión⁷, M. Valverde Monge³ y X. Muñoz Gall^{1,5}

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España. ²Hospital Clínic de Barcelona-IDIBAPS, Barcelona, España. ³Servicio de Alergología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. ⁴Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona, España. ⁵CIBER Enfermedades Respiratorias (CIBERES), España. ⁶Servicio de Neumología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ⁷Departamento de Inmunología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. ⁸Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. ⁹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, España. ¹⁰Servicio de Alergología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España. ¹¹Servicio de Alergología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ¹²Servicio de Alergología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España.

Introducción: El estudio MEGA es una cohorte prospectiva multicéntrica de seguimiento de pacientes con asma (Arch Bronconeumol. 2018;S0300-2896 (18)30009-7). Este estudio se focaliza en los pacientes de la cohorte que tiene un asma relacionada con el trabajo (ART). El objetivo es analizar si este grupo de pacientes presentan características clínicas diferentes en función de si siguen trabajando o no.

Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes de la cohorte MEGA, diagnosticados de ART (n = 82). Estos pacientes habían sido diagnosticados de asma ocupacional o de asma agravada por el trabajo y fueron clasificados en dos grupos en función de si seguían trabajando (Grupo 1) o no (Grupo 2). Se realizó un estudio descriptivo de las variables recogidas en la cohorte, así como un estudio comparativo entre ambos grupos.

Resultados: De los 82 pacientes que presentaban ART, 57 seguían trabajando. La media de edad (DE) fue de 46,23 (10,59) y 57,12 (9,91) en los grupos 1 y 2, respectivamente ($p < 0,0001$). No se evidenciaron diferencias significativas en el género, sintomatología y comorbilidades, datos analíticos, espirométricos, FENO, inflamación en esputo inducido, ni en los cuestionarios del control de asma (ACT) y calidad de vida (Mini AQL). Aunque no se hallaron diferencias en cuanto a la pauta de tratamiento entre grupos, si se observaron diferencias en la adherencia del tratamiento, siendo mayor en el Grupo 1 (64,9%) respecto al Grupo 2 (88%), ($p = 0,0354$). Tampoco hubo diferencias en la gravedad del asma; aunque si en la gravedad de las exacerbaciones, no detectándose exacerbaciones graves en el Grupo 2 y si en un 35,7% del Grupo 1 ($p = 0,0172$).

Conclusiones: El hecho de no hallar diferencias significativas relevantes en la mayoría de variables en pacientes con ART en función de si siguen trabajando o no, en un estudio multicéntrico y que podríamos considerar en vida real, pone en cuestión si los pacientes diagnosticados de ART deben o no ser apartados de su lugar de trabajo; teniendo también en cuenta que los que siguen trabajando tienen exacerbaciones más graves.

5. ESTUDIO DE LA RELACIÓN DE LOS CRONOTIPOS CIRCADIANOS EN PACIENTES ASMÁTICOS

B. Raboso Moreno, C. López Riobobos, C. Matesanz López, L. Saldaña Pérez, M.T. Río Ramírez, F. García Prieto, J.M. Díaz García y A. Abad Fernández

Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España.

Introducción: El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias que cursa con hiperrespuesta bronquial y obstrucción variable al flujo aéreo. Además, la función pulmonar tiene una variabilidad circadiana, las vías áreas distales presentan niveles más altos de inflamación durante la noche, situación que puede exacerbar el asma. Se han encontrado diferencias individuales en el ritmo circadiano de sueño, lo que ha permitido establecer tres tipos de personas: matutinas, intermedias y vespertinas. Para establecer estos cronotipos circadianos, se dispone de una variedad de cuestionarios. El enfoque actual y futuro del asma debe incluir la estratificación de los pacientes, con el objetivo de individualizar, los diferentes tratamientos. El objetivo principal es analizar un grupo de pacientes con diagnóstico previo de asma bronquial a los que se evalúa su cronotipo circadiano y calidad de sueño, evaluando las diferencias en cuanto al control de enfermedad y características clínicas.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional transversal de 40 pacientes con asma bronquial extraídos de las Consultas de Neumología. Se recogieron variables descriptivas basales (edad, sexo, IMC, tabaquismo y fármacos depresores del SNC) y últimas pruebas funcionales respiratorias. Las variables circadianas y de calidad de sueño se recogieron a través de los cuestionarios de matutinidad-vespertinidad de Horne-Östberg Morningness-Eveningness (MEQ) y cuestionarios de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) a través de entrevistas telefónicas. Por último, se evaluó el control del asma a través de dos cuestionarios: ACT (Asthma Control Test) y ACQ (Asthma Control Questionnaire).

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes, 20 en tratamiento con anticuerpos monoclonales y otros 20 con tratamiento convencional. La edad media fue 57 ± 15 años, el 85% (34) fueron mujeres. Presentaron exposición tabáquica 48% (19). El IMC medio fue $29 (\pm 6)$ kg/cm². En el grupo de pacientes en tratamiento con anticuerpos monoclonales, el 35% (7) toman fármacos depresores del SNC, en el otro grupo, un 40% (8). El resto de resultados se expresan en la tabla.

| | Cronotipos Cuestionarios de Horne-Östberg Morningness-Eveningness | Cuestionarios de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) | ACT ACQ | Exacerbaciones en los últimos 6 meses | Trabajo actual | TV o Tablet en el dormitorio | Caminar o hacer ejercicio 1 hora al día | SAHS (síndrome de Apnea-Hipopnea del sueño) |
|---|--|--|---|---------------------------------------|------------------------|------------------------------|---|---|
| Grupo de pacientes con anticuerpos monoclonales | -Intermedio: 45% -Matutino: 30% -Vespertino: 25% | 55% mala calidad de sueño | Puntuación media de ACT: 20 Media ACQ: 1,2 | 30% | 70% están desempleados | 65% (SI) | 55% (SI) | 20% SAHS |
| Grupo de pacientes con tratamiento convencional | -Intermedio: 30% -Matutino: 40% -Vespertino: 30% | 40% mala calidad de sueño | Media ACT: 22 Media ACQ: 0,5 | 15% | 70% están desempleados | 53% (SI) | 60% (SI) | 30% SAHS |

Tabla 1: Resumen de los resultados obtenidos en este estudio.

Resumen de los resultados obtenidos en este estudio.

Conclusiones: El conocimiento del cronotipo de cada paciente y la calidad del sueño nocturno en pacientes asmáticos, son datos muy

interesantes en el control clínico del asma. Peor control del asma, alteraciones en la calidad del sueño y cronotipos más extremos, se asocian a asma de difícil control. El cronotipo matutino se asocia a una percepción mejor de la calidad de sueño.

126. EVALUACIÓN ECONÓMICA DE UNA RED ASISTENCIAL DE ASMA EN LA OSI BARRUALDE-GALDAKAO

S. Dorado Arenas¹, M. Merino Ventosa², I. Urrutia Landa¹, S. Pascual Erquicia¹, I. Arrizubieta Basterrechea¹, J.M. Quintana López¹, A. Ballaz Quincoces¹, C. Hortelano Ibáñez¹, A. Aldazabal Muniategui¹, A. Sarria Pentón¹, U. Aguirre Larracochea¹, A. Antón Ladislao¹, B. Gutiérrez Ruiz³, M. Larrauri Aguirre³, J. Ferri Rosalen³, J.L. Bilbao Madariaga³, I. Intxausti Erdoiza³, V. Fernández Valbuena¹, P. García Hontoria¹, A. Jodar Samper¹, B. Mencía Díez¹, A. Uranga Echeverría¹, A. García Loizaga¹, A. Aramburu Ojembarrena¹, T. Zabala Hernández¹, A. Artaraz Ereño¹, O. Bronte Moreno¹, L. Chasco Eguilaz¹ y P.P. España Yandiola¹

¹Hospital Universitario de Galdakao, Bizkaia, España. ²Instituto de Investigación, Madrid, España. ³OSI Barrualde-Galdakao, Bizkaia, España.

Introducción: El asma conlleva una carga económica relevante, predominantemente por un deficiente grado de control. Supone elevados costes directos sanitarios e indirectos, el 1-2% del gasto sanitario total en países desarrollados. La atención del paciente asmático debe ser coordinada e integrada entre los diferentes profesionales sanitarios e interniveles primario y especializado, impulsando la implementación de las guías clínicas de asma a través de estrategias colaborativas, las cuales se consideran coste-efectivas y evitan la variabilidad en la práctica clínica. El control del asma va ligado a una mejor calidad de vida del paciente, existiendo cuestionarios genéricos como el Euro-QoL-5D-5L, que permite calcular los AVAC y llevar a cabo evaluaciones económicas.

Material y métodos: Estudio observacional de cohortes prospectivo, cuasi-experimental, multicéntrico, en el que se incluyen 400 pacientes asmáticos. Se evalúa el impacto económico de una intervención denominada "Red Asistencial de Asma": está basada en la implementación de la GEMA en un entorno asistencial colaborativo entre neumología y atención primaria (sustentado en medidas organizacionales y de gestión, recursos tecnológicos e informáticos y mejora de la coordinación interdisciplinar) en la OSI Barrualde-Galdakao de la comarca interior de Bizkaia. La evaluación económica es de coste-efectividad, desde la perspectiva del sistema nacional de salud y social, incluyendo costes directos sanitarios, desplazamientos para el paciente como costes directos no sanitarios y costes indirectos o pérdida de productividad laboral.

Resultados: Propicia una redistribución en el detalle de los costes, disminuyendo los costes indirectos y los costes directos sanitarios relacionados con las agudizaciones de asma graves. El coste medio total anual del paciente asmático incluido en la Red Asistencial es de 1.026,6 €, frente a los 893 € del grupo de control. Es una estrategia coste-efectiva desde la perspectiva tanto del sistema nacional como social, precisando 2.315 € o 2.081 € por AVAC ganado respectivamente, y teniendo en cuenta el umbral de eficiencia nacional (20.000-25.000 euros) (tablas.).

Conclusiones: Se trata de una estrategia claramente asumible por el sistema sanitario y de menor coste que otras intervenciones sanitarias implantadas para el asma, lo cual es relevante para tomar decisiones sanitarias en contexto de la conocida escasez de recursos.

Tabla 1: Análisis resumido de los costes, distinguiendo los costes asociados al diagnóstico, control, pruebas complementarias, agudizaciones o tratamiento de la patología asmática.

| TIPOS DE COSTE | N total | Media | Desv. estándar | Mediana | Mín. | Más | p-valor |
|---|---------|---------|----------------|---------|------|----------|---------|
| DIAGNÓSTICO | | | | | | | < 0,001 |
| Intervención | 200 | 168,7 | 71,4 | 129,0 | 0,0 | 352,1 | |
| Control | 200 | 139,4 | 68,1 | 109,0 | 0,0 | 352,1 | |
| CONTROL EN AP | | | | | | | < 0,001 |
| Intervención | 200 | 101,8 | 124,0 | 36,0 | 0,0 | 398,8 | |
| Control | 200 | 38,9 | 66,0 | 0,0 | 0,0 | 444,0 | |
| CONTROL EN AE | | | | | | | 0,723 |
| Intervención | 200 | 45,5 | 126,8 | 0,0 | 0,0 | 308,3 | |
| Control | 200 | 47,0 | 139,3 | 0,0 | 0,0 | 1.213,0 | |
| PRUEBAS | | | | | | | < 0,001 |
| Intervención | 200 | 89,0 | 76,0 | 41,0 | 0,0 | 431,4 | |
| Control | 200 | 33,1 | 78,0 | 0,0 | 0,0 | 560,3 | |
| AGUDIZACIÓN SIN HOSPITALIZACIÓN (AP, PAC, urgencias) | | | | | | | 0,009 |
| Intervención | 200 | 31,9 | 60,1 | 0,0 | 0,0 | 303,0 | |
| Control | 200 | 24,8 | 54,8 | 0,0 | 0,0 | 1.148,0 | |
| Agudización en AP | | | | | | | 0,001 |
| Intervención | 200 | 38,9 | 66,4 | 0,0 | 0,0 | 225,0 | |
| Control | 200 | 11,8 | 33,9 | 0,0 | 0,0 | 226,8 | |
| Agudización en PAC | | | | | | | 0,020 |
| Intervención | 200 | 2,3 | 12,8 | 0,0 | 0,0 | 78,0 | |
| Control | 200 | 1,8 | 10,8 | 0,0 | 0,0 | 78,0 | |
| Agudización en urgencias | | | | | | | 0,167 |
| Intervención | 200 | 3,1 | 21,8 | 0,0 | 0,0 | 163,0 | |
| Control | 200 | 11,9 | 61,1 | 0,0 | 0,0 | 1.071,0 | |
| GRUPO AGUDIZACIÓN CON HOSPITALIZACIÓN | | | | | | | 0,208 |
| Intervención | 200 | 87,9 | 478,2 | 0,0 | 0,0 | 4.024,1 | |
| Control | 200 | 133,0 | 613,0 | 0,0 | 0,0 | 5.153,0 | |
| TRATAMIENTO | | | | | | | < 0,001 |
| Intervención | 200 | 282,7 | 387,2 | 143,4 | 0,0 | 1.693,0 | |
| Control | 200 | 203,1 | 329,8 | 10,3 | 0,0 | 2.887,7 | |
| COSTE DIRECTOS SANITARIOS | | | | | | | < 0,001 |
| Intervención | 200 | 767,8 | 888,7 | 556,7 | 46,3 | 7.967,3 | |
| Control | 200 | 619,1 | 1.198,0 | 318,3 | 0,0 | 13.218,9 | |
| DEPLAZAMIENTOS | | | | | | | < 0,001 |
| Intervención | 200 | 0,2 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 60,3 | |
| Control | 200 | 0,2 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 17,2 | |
| BAJAS (INCAPACIDADES TEMPORALES) | | | | | | | 0,147 |
| Intervención | 200 | 268,8 | 401,9 | 0,0 | 0,0 | 4.033,0 | |
| Control | 200 | 273,1 | 1.051,8 | 0,0 | 0,0 | 10.888,2 | |
| COSTE TOTAL | | | | | | | < 0,001 |
| Intervención | 200 | 1.026,8 | 1.282,1 | 617,7 | 46,3 | 16.296,3 | |
| Control | 200 | 893,0 | 2.044,3 | 322,0 | 0,0 | 26.089,5 | |

Desv.: desviación. Mín.: mínima. Más.: máximo. AP: atención primaria. AE: atención especializada. PAC: punto de atención continuada (urgencia ambulatoria). GRUPO: Grupos Relacionados por el Diagnóstico.

Tabla 1. Análisis resumido de los costes, distinguiendo los costes asociados al diagnóstico, control, pruebas complementarias, agudizaciones o tratamiento de la patología asmática

Tabla 2: Porcentaje que supone el peso de cada tipo de coste medio respecto al total de costes en cada grupo de investigación.

| TIPOS DE COSTE | Intervención | Control |
|--|--------------|-------------|
| (N) | | |
| Diagnóstico | 18,5 | 15,6 |
| Control en AP | 9,8 | 4,4 |
| Control en AE | 4,4 | 5,3 |
| Pruebas | 5,7 | 3,7 |
| Agudización sin hospitalización (AP, PAC, urgencias hospitalarias) | 3,1 | 2,8 |
| GRUPO: Agudización con hospitalización | 5,6 | 14,9 |
| Tratamiento | 27,5 | 22,7 |
| COSTES DIRECTOS SANITARIOS | 74,8 | 69,3 |
| DEPLAZAMIENTOS | 0,2 | 0,1 |
| BAJAS (INCAPACIDADES TEMPORALES) | 25,0 | 30,6 |
| COSTE TOTAL | 100 | 100 |

Resultados mostrados como frecuencia (porcentaje). AP: atención primaria. AE: atención especializada. PAC: punto de atención continuada (urgencia ambulatoria). GRUPO: Grupos Relacionados por el Diagnóstico.

Tabla 2. Porcentaje que supone el peso de cada tipo de coste medio respecto al total de costes en cada grupo de investigación.

Tabla 3: Análisis de coste-efectividad, teniendo en cuenta como medida de efectividad la calidad de vida general mediante los AVAC y la calidad de vida específica mediante el mini-AQLQ.

| Perspectiva | SNS | SOCIAL |
|--|-----------|-----------|
| Coste grupo control | 123.826 € | 178.594 € |
| Coste grupo intervención | 153.563 € | 205.329 € |
| AVAC grupo control | 176,83 | 176,83 |
| AVAC grupo intervención | 189,78 | 189,78 |
| Puntuación media MiniAQLQ grupo control | 1.170,00 | 1.170,00 |
| Puntuación media MiniAQLQ grupo intervención | 1.265,64 | 1.265,64 |

** Multiplicamos por la fi de pacientes para obtener costes AVACs totales. SNS: Sistema Nacional de Salud. €: euros. AVAC: Años de Vida Ajustados por Calidad. MiniAQLQ: Mini-Asthma Quality of Life Questionnaire.

Tabla 4: Ratio de coste-efectividad incremental (euros/AVAC) desde la perspectiva del sistema sanitario y social. Umbral de eficiencia reconocido a nivel nacional.

| RATIO COSTE-EFECTIVIDAD INCREMENTAL: (deltaC/AVAC) | SNS | SOCIAL | Umbral de eficiencia |
|--|----------|----------|----------------------|
| C2-C1 | 29.737 € | 26.735 € | 20.000 € |
| E2-E1 | 12,85 | 12,85 | 1,00 |
| C/E | 2.315 € | 3.081 € | 20.000 € |

AVAC: Años de Vida Ajustados por Calidad. SNS: Sistema Nacional de Salud. €: euros. C: coste. E: efecto.

Tabla 3. Análisis de coste-efectividad, teniendo en cuenta como medida de efectividad la calidad de vida general mediante los AVAC y la calidad de vida específica mediante el mini-AQLQ.

Tabla 4. Ratio de coste-efectividad incremental (euros/AVAC) desde la perspectiva del sistema sanitario y social. Umbral de eficiencia reconocido a nivel nacional.

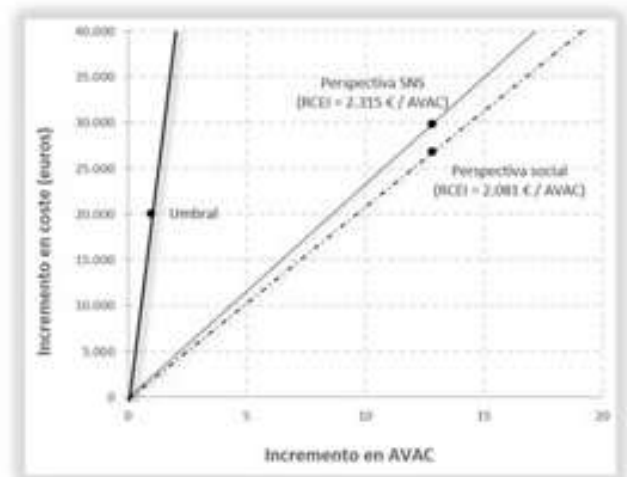


Tabla 3. Análisis de coste-efectividad, teniendo en cuenta como medida de efectividad la calidad de vida general mediante los AVAC y la calidad de vida específica mediante el mini-AQLQ.

Tabla 4. Ratio de coste-efectividad incremental (euros/AVAC) desde la perspectiva del sistema sanitario y social. Umbral de eficiencia reconocido a nivel nacional.

332. EVOLUCIÓN DE OMALIZUMAB TRAS MÁS DE 5 AÑOS DE TRATAMIENTO

L. Piñel Jiménez, Á. Martínez Mesa, B. Gómez Rodríguez, A. Aguilar Gálvez y J.L. Velasco Garrido

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción: El omalizumab es un anticuerpo monoclonal anti-IgE, indicado en el tratamiento del asma grave no controlado de perfil alérgico. Se puede mantener durante un periodo de 5 años, y posteriormente intentar suspender de forma paulatina e individualizada. Sin embargo, no existen protocolos estandarizados para decidir qué pacientes serían subsidiarios a finalizar el tratamiento y de qué manera hacerlo.

Objetivos: Valorar la evolución de los pacientes asmáticos en tratamiento con omalizumab durante más de 5 años.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con asma grave alérgico en seguimiento en nuestra consulta en tratamiento con omalizumab desde su comercialización y que han mantenido el tratamiento durante un periodo superior a 5 años. Se han analizado los datos demográficos, el tratamiento broncodilatador, las agudizaciones en los últimos 5 años, grado de obstrucción al flujo aéreo (FEV1) y si han podido reducir la dosis del fármaco.

Resultados: Se han incluido un total de 50 pacientes, de los cuales el 78% (39) fueron mujeres, con una edad media de 61 años. El tiempo medio de tratamiento con omalizumab ha sido de 8 años. El valor medio del FEV1 obtenido en la espirometría fue del 70%. En un 64% de los casos habían presentado alguna agudización en los últimos 5 años, de los cuales 10 de ellos la habían tenido en el último año. Ningún paciente precisó de ingreso hospitalario en el último año. El 12% recibía una dosis baja de corticoides inhalados, el 50% una dosis media, y el 34% restante dosis altas. En el 56% de los casos, estaban en tratamiento con LAMA. Ningún paciente tomaba corticoides orales. Durante el seguimiento, en el 34% (17) de los pacientes se ha podido disminuir la dosis de omalizumab con buena tolerancia. Sin embargo, en el 20% (10) se intentó bajar la dosis, pero hubo empeoramiento clínico o funcional y hubo que volver a la dosis inicial. En el resto de pacientes se ha mantenido la misma dosis.

Conclusiones: En nuestra serie, los pacientes en tratamiento con omalizumab de forma prolongada parecen tener un control parcial o total del asma, permitiendo suspender corticoides orales y bajar dosis de corticoides inhalados. También se pudo disminuir la dosis del fármaco a un porcentaje importante de pacientes sin empeoramiento posterior. Sin embargo, se requieren más estudios para establecer los factores pronósticos y el perfil de pacientes candidatos a retirar el fármaco sin afectar a la estabilidad clínica y funcional.

58. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON ASMA O EPOC INGRESADOS POR INFECCIÓN POR COVID-19. DIFERENCIAS ENTRE ELLOS Y LOS PACIENTES SIN PATOLOGÍA DE LA VÍA AÉREA

T. Zapata Comas, C. Martínez Rivera, B. Urrutia Royo, K. Portillo Carroz, I. García Olivé, A. Marín Tapia, A. Rosell Gratacós y J. Abad Capa

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

Introducción: Es conocido como determinadas comorbilidades pueden influir en el mal pronóstico de los pacientes con infección por COVID-19. Nuestro objetivo ha sido valorar como influyen el EPOC y el asma en la evolución de los enfermos ingresados por COVID-19.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo evaluando a 1.182 pacientes que ingresaron por COVID-19 del 15 al 25 de mayo del 2020 en nuestro centro. De ellos 70 (5,9%) y 69 (5,8%) eran asmáticos y EPOC respectivamente. Seleccionamos a 194 pacien-

tes sin ninguna de estas patologías como grupo control, ajustados por edad y sexo. En total avaluamos a 333 pacientes. Recopilamos características demográficas, tratamientos y comorbilidades de cada uno. Evaluamos los síntomas y datos de laboratorio iniciales, el tratamiento farmacológico que recibieron durante el ingreso. Identificamos las complicaciones médicas durante el ingreso, la necesidad de VMNI, UCI y/o VMI, la necesidad de cánulas nasales de alto flujo, los días de ingreso y la mortalidad.

Resultados: Comparamos el grupo de pacientes sin patología respiratoria con los EPOC y asmáticos con un ANOVA. Los pacientes EPOC eran de mayor edad, predominantemente hombres y tenían más comorbilidades como HTA, DLP DM o cardiopatía isquémica que los pacientes sin patología respiratoria y asmáticos. Los pacientes sin patología respiratoria tenían más artromialgias y los respiratorios más sibilancias. Los asmáticos requirieron menos bolus de metilprednisolona o VMNI. Los pacientes sin patología respiratoria y los EPOC tenían más linfopenia, mayor fibrinógeno, PCR o D-dímero. Los EPOC tuvieron mayor mortalidad que los pacientes sin patología respiratoria y los asmáticos (39,7 vs. 20,1 vs. 4,3%). Paciente sin patología de la vía aérea tuvieron mayor estancia hospitalaria y en la UCI donde ingresaron más (tablas).

Conclusiones: Los asmáticos tienen menor mortalidad. Puede estar en relación a menor edad, inflamación y presencia de comorbilidades. No podemos descartar otras causas que merecen ser investigadas, como el perfil inflamatorio.

| | No pat resp (194) | MPOC (69) | Asma (70) | |
|---------------------------|-------------------|------------|------------|-------|
| Edad (años) | 65,4 (14,3) | 75,1 (8,6) | 58,3(14,7) | 0,000 |
| Sexo (% mujeres) | 34,9 | 8,8 | 61,4 | 0,000 |
| IMC | 29,5 (5,6) | 29, (5,1) | 30,1 (4,9) | 0,563 |
| Tabaquismo (%) | | | | 0,000 |
| Nunca | 70,9 | 13,2 | 84,3 | |
| Exfumador | 21,7 | 11,8 | 12,9 | |
| Activo | 7,4 | 75 | 2,9 | |
| LABA (%) | 0 | 70,6 | 52,9 | 0,000 |
| LAMA (%) | 0 | 72,1 | 10 | 0,000 |
| Corticoides inhalados (%) | 1,5 | 51,5 | 67,1 | 0,000 |
| Trat biológico(n) | 0 | 0 | 3 | 0,000 |
| Corti sistémicos (%) | 3,6 | 10,3 | 1,4 | 0,027 |
| Furosemida (%) | 5,1 | 25 | 5,7 | 0,000 |
| Antidiabéticos Orales (%) | 20 | 35,3 | 10 | 0,001 |
| Insulina (%) | 8,7 | 25 | 1,4 | 0,205 |
| IECA's (%) | 25,3 | 36,8 | 12,9 | 0,005 |
| HTA (%) | 59,5 | 76,5 | 41,4 | 0,885 |
| Dislipemia (%) | 51,8 | 65,7 | 32,9 | 0,001 |
| Diabetes Mellitus (%) | 27,7 | 47,1 | 10 | 0,000 |
| Obesitat (%) | 33,9 | 26,2 | 39,7 | 0,269 |
| Cardiop isquémica (%) | 22,3 | 50 | 13 | 0,000 |
| M cerebrovasc (%) | 5,2 | 10,3 | 8,7 | 0,291 |
| Ins Renal | 13,9 | 29,4 | 10,1 | 0,004 |
| Fiebre (%) | 85 | 77,9 | 87 | 0,296 |
| Tos (%) | 67,7 | 67,6 | 78,3 | 0,235 |
| Expectoración (%) | 14,1 | 14,9 | 14,7 | 0,981 |
| Anosmia (%) | 5,2 | 0 | 5,9 | 0,147 |
| Sibilancias (%) | 1,6 | 10,4 | 15 | 0,000 |
| Disnea (%) | 55,2 | 71,6 | 55,7 | 0,054 |
| Hemoptisis (%) | 3,7 | 0 | 4,3 | 0,254 |
| Artromialgias (%) | 38,1 | 19,4 | 29 | 0,015 |
| Hidroxcloroquina(%) | 90,6 | 89,7 | 81,4 | 0,112 |
| Antiviricos (%) | 49,5 | 31,3 | 34,3 | 0,010 |
| Tocilizumab | 33,2 | 22,7 | 12,9 | 0,003 |
| Interferon Beta | 21,5 | 15,6 | 11,9 | 0,190 |
| Heparina profiláctica | 71,5 | 50,8 | 70 | 0,009 |
| Heparina anticoagulante | 25,7 | 23,1 | 17,1 | 0,355 |
| Corticoides sistémicos | 39,2 | 32,8 | 26,1 | 0,134 |
| Bolus corticoides | 52,4 | 49,2 | 33,8 | 0,031 |
| UNAF | 32,6 | 10,4 | 17,1 | 0,000 |
| VMNI | 25 | 22,4 | 7,1 | 0,006 |
| CPAP | 11 | 26,9 | 15,7 | 0,008 |

| | | | | |
|---------------------------|--------------|-------------|-------------|--------------|
| VMI | 26 | 7,5 | 17,1 | 0,002 |
| ECMO | 1 | 0 | 0 | 0,488 |
| Traqueostomía | 15,5 | 6 | 7,1 | 0,044 |
| linfocitos | 899(776) | 1095 (1085) | 1315(1574) | 0,019 |
| fibrinógeno | 784 (218) | 726(170) | 695(181) | 0,005 |
| Hb | 13,09(1,85) | 12,75(2,4) | 13,29(1,5) | 0,261 |
| PCR | 125,8(105,8) | 127,3(97,5) | 79,9 (66,4) | 0,003 |
| Troponina I | 174,9(979) | 512(1528) | 65,2(438) | 0,175 |
| Ferritina | 1128(1115) | 1156 (1708) | 785(758) | 0,156 |
| DDímero | 1252(1338) | 1784(2589) | 903(978) | 0,014 |
| LDH | 377(171) | 390(304) | 328(174) | 0,240 |
| IL6 | 206(865) | 172(307) | 74(145) | 0,421 |
| Ictus (%) | 2,7 | 0 | 0 | 0,164 |
| TVP (%) | 8 | 1,5 | 1,5 | 0,040 |
| TEP (%) | 12,2 | 7,5 | 10 | 0,551 |
| Cardiopatía isquémica (%) | 4,2 | 0 | 0 | 0,053 |
| Arritmias (%) | 11,1 | 10,4 | 5,7 | 0,423 |
| UCI (%) | 39,7 | 10,4 | 24,3 | 0,000 |
| Días en UCI | 18,8(16,1) | 15,3(11,4) | 12,7(7,8) | 0,284 |
| UCRI (%) | 30 | 9,1 | 17,1 | 0,000 |
| Días ingreso | 22,7 (21,7) | 13(12,2) | 14,1(13,9) | 0,000 |
| Éxito (%) | 20,1 | 39,7 | 4,3 | 0,000 |

485. EXPERIENCIA DE MEPOLIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA EOSINOFÍLICA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS SUPERRESPONDADORES AL TRATAMIENTO

A. Crespo Lessmann, E. Curto Sánchez, T. Bigorra Rodríguez, L. Soto Retes, D. Ramos Barbón, A. Torrego Fernández y V. Plaza Moral

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

Introducción: El mepolizumab fue el primer anticuerpo monoclonal anti-IL5 autorizado para pacientes con asma grave no controlada (AGNC) eosinofílica. Cada día es más amplia la literatura sobre los beneficios de este tratamiento así como la necesidad de conocer qué características están asociadas con una superrespuesta a esta terapia. **Objetivos:** 1) Conocer las características de los pacientes que recibieron mepolizumab durante un año así como las variables de mejora. 2) Caracterizar el perfil de pacientes que estuvo asociado a una superrespuesta a esta terapia.

Material y métodos: Se estudiaron 19 pacientes con AGNC eosinofílica que recibieron tratamiento con mepolizumab (100 mg por vía SC) durante 1 año en la unidad de asma de un hospital de tercer nivel. Se recogieron características clínicas, demográficas y funcionales de todos los pacientes al inicio, a los 4 y a los 12 meses. Se valoró el grado de control del asma mediante el cuestionario ACT, el grado de adhesión al tratamiento mediante el cuestionario TAI. Se definió a un paciente "respondedor" como aquel que tuviera un 50% de reducción en las exacerbaciones y/o un 50% de reducción de la dosis de corticoide oral (CO) recibida en el caso de los corticoides dependientes y a un paciente "superrespondedor" como aquel en el que se le haya retirado los CO o no haya recibido pautas de CO y tampoco haya tenido exacerbaciones al año tras el inicio del tratamiento (Kavanagh, et al. Chest 2020).

Resultados: Las características de la población estudiada se muestran en la tabla 1. Se observó una mejoría significativa ($p < 0,05$) tras el inicio del tratamiento del FEV1, de los eosinófilos en sangre periférica, del ACT y de las exacerbaciones tanto a los 4 como a los 12 meses (tabla 2). El 94,73% de los pacientes respondió al tratamiento. El 16,6% de los pacientes fueron "super-respondedores", todos estos pacientes se caracterizaron por tener un diagnóstico de enfermedad respiratoria exacerbada por la aspirina (EREA). Se observó una correlación negativa entre los niveles de IgE total al inicio del tratamiento y del nivel de eosinófilos en sangre a los 4 meses con el FEV1% al año del tratamiento (Rho: -0,618; p : 0,019 y Rho: -0,644; p : 0,033 respectivamente).

Tabla 1: Características descriptivas de la población estudiada

| | Inicio Media (DE) | 4 meses Media (DE) | 1 año Media (DE) |
|---|----------------------|-----------------------|---------------------|
| Sexo (% mujeres) | 63,2% | -- | -- |
| IMC (kg/m ²) | 27,45 (4,27) | -- | -- |
| Edad inicio asma (años) | 38,68 (17,4) | -- | -- |
| Dx de EREA (%) | 21,1% (N=4) | -- | -- |
| Poliposis nasal (%) | 68,4% (N=13) | -- | -- |
| Patología psiquiátrica (ansiedad o depresión) (N=5) | 26,3% | -- | -- |
| Pacientes que habían recibido un tratamiento biológico previo (N=3) | 15,8% | -- | -- |
| Corticoides dependientes al inicio del tratamiento (N=6) | 31,6% | -- | -- |
| FEV1 inicio % | 78,73 (20,33) | 89,47 (16,81) | 92,6 (16,38) |
| Prick test positivo (N=7) | 36,8% | -- | -- |
| Eosinófilos en sangre al inicio (x10E6/L) | 678,42 (284,61) | 115,38 (174,48) | 82,83 (46,29) |
| IgE total inicio (U/ml) | 321,67 (346,96) | -- | -- |
| ACT | 15,73 (5,11) | 23,47 (2,45) | 23,61 (1,57) |
| TAI | 49,55 (0,82) | -- | -- |
| Exacerbaciones el año previo al inicio del tratamiento (N) | 2,94 (2,48) | 0,15 (0,5) | 0,05 (0,23) |
| Ingresos el año previo al inicio del tratamiento (N) | 0,21 (0,41) | 0 | 0 |

ACT: Test del control del asma. DE: desviación estándar. Dx: diagnóstico. IMC: índice de masa corporal. EREA: enfermedad respiratoria exacerbada por la aspirina. FEV1: volumen espiratorio forzado del primer segundo. IgE: inmunoglobulina E. N: número. TAI: test de adhesión a los inhaladores.

Tabla 2: Variables clínicas significativas de la población estudiada

| | Media inicio | Media 4 meses | p | Media al año | P (respecto al inicio) |
|--|--------------|---------------|-------|--------------|------------------------|
| FEV1 % | 78,73 | 89,47 | 0,004 | 92,6 | 0,000 |
| Eosinófilos en sangre periférica (x10E6/L) | 730 | 115,38 | 0,000 | 82,83 | 0,000 |
| ACT | 15,73 | 23,47 | 0,000 | 23,61 | 0,000 |
| Exacerbaciones (N) | 2,94 | 0,15 | 0,000 | 0,05 | 0,000 |
| Ingresos hospitalarios (N) | 0,21 | 0 | 0,042 | 0 | 0,083 |

FEV1: volumen espiratorio forzado del primer segundo; N: número. Significancia: $p < 0,05$

Conclusiones: El mepolizumab mejora a los 4 y 12 meses del inicio del tratamiento la función pulmonar, la eosinofilia periférica, el control del asma y las exacerbaciones de los pacientes con AGNC eosinofílica. 2) Todos los superrespondedores al tratamiento se caracterizaron por tener un diagnóstico de EREA.

395. EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON BENRALIZUMAB DURANTE 12 MESES EN PACIENTES CON ASMA GRAVE

B. Valencia Azcona¹, M. Pérez Morales¹, L. Fernández de Rota¹, A. Padilla Galo¹, A. Levy Abitbol² y J.J. Cebrián Gallardo¹

¹Hospital Costa del Sol de Marbella, Málaga, España. ²Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción: El benralizumab es el primer anticuerpo monoclonal antieosinófilo comercializado indicado como tratamiento adicional en pacientes con asma eosinofílica refractaria grave. Los objetivos principales de este estudio son describir las características basales de los pacientes tratados con benralizumab y valorar los cambios clínicos, funcionales, analíticos y su seguridad a los 12 meses de tratamiento.

Material y métodos: Estudio observacional multicéntrico realizado en el Hospital Costa del Sol de Marbella y Hospital Virgen de la Victoria de Málaga. Se evaluaron las características clínicas (edad, sexo, IMC, ACT, corticodependencia, dosis de corticoides orales e inhalados, número de asistencia a urgencias, número de exacerbaciones), funcionales (FEV1 y FENO) y analíticos (IgE total y eosinófilos en sangre periférica) de los pacientes con asma eosinofílica refractaria grave en tratamiento con benralizumab a los 3-6-12 meses, en situación de práctica clínica habitual.

Resultados: Se han incluido 44 pacientes. La mayoría eran mujeres (80%), con una media de edad de 54 años, media de edad al diagnóstico de asma a los 29 años y con un IMC 28,7. El 34% padecía de atopía, 32% presentaban poliposis nasal, 14% presentaban EREA, el 41% eran corticodependientes y la media de FEV1 era del 66%. Presentaban una media de 5 exacerbaciones graves y una media de 4 asistencias a urgencias en el año previo. El 52% habían estado previamente en tratamiento con otro biológico, 16 con omalizumab, 5 con mepolizumab y 2 con omalizumab + mepolizumab (tabla 1). Al año de tratamiento el 93% estaban controlados, con reducción del 83% en la asistencia a urgencias, reducción del 88% en las exacerbaciones graves, reducción del 79,8% en la dosis de prednisona (o equivalentes), reducción del 55,6% en el número de corticodependientes y una reducción del 82,8% en el número de ciclos de corticoides sistémicos. El 65,9% de los pacientes presentaron cero visitas a urgencias durante un año de tratamiento y el 47,7% consumieron cero corticoides sistémicos (tanto como cursos de corticosteroides como terapia de mantenimiento) (tabla 2).

Tabla 1

| Características basales de los pacientes | | n=44 |
|---|-----------------------|----------------|
| Edad, años (media ± DE) | | 53.8 ± 10.4 |
| Mujeres, n (%) | | 35 (79.5) |
| IMC (media ± DE) | | 28.7 ± 6 |
| Tabaquismo | Nunca fumador, n (%) | 23 (52.3) |
| | Ex-fumador, n (%) | 21 (47.7) |
| | Fumador activo, n (%) | 0 (0) |
| Edad al diagnóstico, años (media ± DE) | | 28.95 ± 12.4 |
| Disnea | Grado 0-2, n (%) | 22 (50) |
| | Grado 3-4, n (%) | 22 (50) |
| Atopia, n (%) | | 15 (34.1) |
| Corticodependientes, n (%) | | 18 (40.9) |
| Pólipos nasales, n (%) | | 14 (31.8) |
| EREA, n (%) | | 6 (13.6) |
| ACT (media ± DE) | | 13.7 ± 4 |
| Visitas a urgencias en el año previo, (media ± DE) | | 4.1 ± 2.6 |
| Número de exacerbaciones graves en el año previo, (media ± DE) | | 5.50 ± 2.63 |
| Número de ingresos hospitalarios por asma en el año previo (media ± DE) | | 0.59 (1.1) |
| Ciclos de corticoides sistémicos en el año previo, (media ± DE) | | 5.8 ± 3.3 |
| Dosis de prednisona oral (o equivalente) mg/día (media ± DE) | | 19.3 ± 8.8 |
| Dosis de Budesonida inhalada (o equivalente), µg/día (media ± DE) | | 993 ± 485 |
| Post-BD FEV1, mL (media ± DE) | | 1455.8 ± 495.7 |
| Post-BD FEV1, % (media ± DE) | | 65.7 ± 14.1 |
| FeNO, ppb (media ± DE) | | 56.6 ± 26.2 |
| Eosinófilos en sangre periférica, células/µL (media ± DE) | | 718.3 ± 287.5 |
| IgE IU/mL (media ± DE) | | 223.6 ± 394.9 |
| Tratamiento previo con otros fármacos biológicos n (%) | | 23 (52.3) |
| Omalizumab, n (%) | | 16 (36.4) |
| Mepolizumab, n (%) | | 5 (11.4) |
| Omalizumab + Mepolizumab, n (%) | | 2 (4.5) |
| Tiempo con el tratamiento biológico previo, meses (media ± DE) | | 20.7 ± 23.3 |

Tabla 2

| Variables | Basal | 3 meses | 6 meses | 12 meses | p* |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| ACT, media (DE) | 13.7 (4.1) | 20.1 (3.6) | 20.8 (2.9) | 21.3 (2.2) | <0.001 |
| Asma controlada (ACT ≥ 20), n (%) | 2 (4.5) | 25 (56.8) | 36 (81.8) | 39 (92.9) | <0.001 |
| Número de visitas a urgencias en el año previo, media (DE) | 4.1 (2.6) | - | - | 0.7 (1.6) | <0.001 |
| Número de exacerbaciones graves en el año previo, media (DE) | 5.50 ± 2.63 | - | - | 0.66 ± 0.94 | <0.001 |
| Corticodependientes, n (%) | 18 (40.9) | 16 (36.4) | 9 (20.5) | 8 (18.2) | <0.001 |
| Dosis de Budesonida inhalada (o equivalente), µg/d, media (DE) | 993 (485) | 853 (446) | 773 (408) | 693 (343) | <0.001 |
| Dosis de prednisona oral, mg/día, media (DE) | 19.3 (8.8) | 10 (8.6) | 5.3 (7.8) | 3.9 (7.2) | <0.001 |
| Número de ciclos de corticoides sistémicos (año previo), media (DE) | 5.8 (3.3) | - | - | 1 (1.6) | <0.001 |
| FEV1, mL, media (DE) | 1459 (509) | 1697 (495) | 1732 (621) | 1833 (556) | <0.001 |
| FEV1, %, media (DE) | 66.1 (14) | 74.3 (12.2) | 77 (14.5) | 78.3 (15) | <0.001 |
| Eosinófilos en sangre periférica, células/µL, media (DE) | 730.9 (288) | 18 (18) | 14.9 (13.7) | 2.7 (4) | <0.001 |

* Comparación entre los datos basales y a los 12 meses de tratamiento

Conclusiones: El tratamiento con benralizumab en condiciones de "vida real" mejora el control de los pacientes con asma grave eosinofílica, aumenta la función pulmonar y reduce las asistencias a urgencias y el consumo de corticoides orales e inhalados al menos durante 12 meses de tratamiento.

662. EXPERIENCIA EN VIDA REAL DE MEPOLIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA NO CONTROLADO EN EL ÁREA SUR DE SEVILLA

J. Díez Sierra, A. Asuero Llanes, J. Gallego Borrego, R. Vázquez Oliva y Z. Palacios Hidalgo

Hospital de Valme, Sevilla, España.

Introducción: Los inhibidores de la interleucina-5 han demostrado eficacia en el tratamiento del asma grave eosinofílico no controlado. Nuestro objetivo es describir las características clínicas de nuestros pacientes en tratamiento con mepolizumab y evaluar el control y la función pulmonar tras 6 meses de tratamiento.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal. Se analizaron datos demográficos, historia asmática, comorbilidades, número y gravedad de exacerbaciones, corticoterapia (mantenimiento y ciclos), cuestionarios de control de síntomas (ACT), espirometría y eosinofilia en sangre periférica, tanto basal como tras 6 meses. Las variables cualitativas se expresan como porcentajes y las cuantitativas como mediana y rango intercuartílico. Las comparaciones se han hecho con la chi cuadrado para las cualitativas y con el test de Wilcoxon para las cuantitativas. Consideramos significación $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes (65% mujeres), con una mediana de edad de 54 años (46-61), y de IMC 26,2 kg/m² (25-32,4). La mediana de tiempo de evolución desde el debut asmático fue de 17 (8-36,5) años. Nueve (45%) eran exfumadores, con un consumo acumulado de 11 paquetes-año (5,7-17,5). Dieciséis (80%) recibían dosis alta de corticoides inhalados (CI). 10 pacientes (50%) necesitaban corticoides orales (CO) de mantenimiento, con una mediana de 10 mg/24h (6,8-18,7). La mediana de exacerbaciones en el año previo fue de 4,5 episodios (4-8,5), lo que supuso 7 (6-12) ciclos de CO de más de 3 días. El 100% presentaba mal control sintomático, con un ACT basal de 8 (6,2-9). El FEV1 basal, en valor real y porcentaje teórico, era de 1,64 L (1,37-2,33) y 65% (53,5-77,5), respectivamente. El recuento y porcentaje basal de eosinofilia en sangre periférica era de 530 (265-767) células/µL y 6,5% (3,8-10), respectivamente. A los

6 meses, la mediana de exacerbaciones severas era de 0 (0-1) ($p < 0,001$), lo que supuso el empleo de 0 (0-1) ciclos de CO ($p = 0,003$). De los pacientes con CO de mantenimiento, 4 (40%) los abandonaron. En aquellos que los mantuvieron, la dosis se redujo a 5 mg/24h (2,5-15) ($p = 0,042$). El ACT aumentó a 17 (13-21) ($p < 0,001$). El FEV1 aumentó a 2 L (1,36-2,5) ($p = 0,131$) y 76% (61-97) ($p = 0,089$). Los niveles de eosinófilos disminuyeron a 40 células/ μ L (20-100) ($p < 0,001$) y 0,9% (0,35-1,35) ($p < 0,001$).

Conclusiones: Tras 6 meses, el mepolizumab reduce el número de exacerbaciones y ciclos de CO, la dosis de CO de mantenimiento, el recuento de eosinófilos y mejora el control sintomático, de forma significativa.

199. EXPERIENCIA TRAS UN AÑO DE TRATAMIENTO CON MEPOLIZUMAB

J. Rodríguez Sanz¹, E. Vera Solsona¹, L. López Vergara¹, M.D. Viñuales Aranda¹, M. Aguado Agudo¹, S. Alarcón Sisamón¹, C. de Diego Ramos¹, L. Torralba García¹, J. Errasti Viader¹, P. Cubero Marin², D. Sanz Rubio², J.M. Marín Trigo¹ y S. Bello Dronda¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

²Grupo de Investigación IIS Aragón, Zaragoza, España.

Introducción: El mepolizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que actúa sobre la interleuquina IL-5, principal responsable del desarrollo eosinofílico. Bloquea la unión de la IL-5 al receptor del eosinófilo, reduciendo su producción y supervivencia. Su eficacia fue validada en tres estudios clínicos doble ciego en pacientes con asma eosinofílica mal controlados (exacerbaciones graves en los 12 meses anteriores), tratamiento a alta dosis de corticoides inhalados más otro

tratamiento adicional, o eran dependientes de corticoides sistémicos. El objetivo de nuestro estudio es valorar la eficacia del uso de mepolizumab en nuestros pacientes con asma grave tras un año de tratamiento y evaluar la satisfacción en aquellos pacientes que se autoadministraron el fármaco en domicilio.

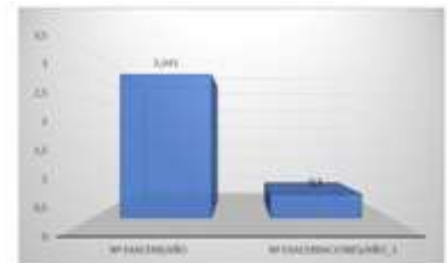
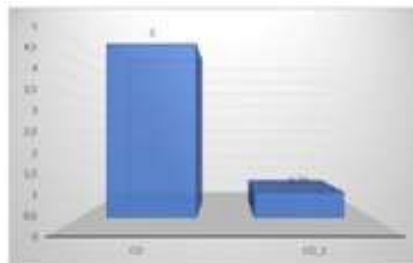
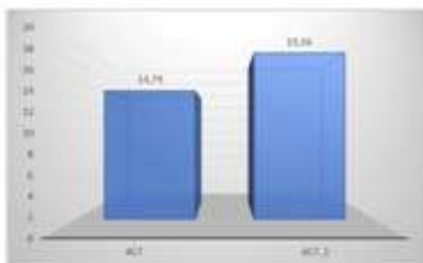
Material y métodos: Estudio descriptivo de 24 pacientes procedentes de la Unidad de Asma grave del Hospital Universitario Miguel Servet en tratamiento con mepolizumab durante 12 meses, entre principios de 2020 y principios de 2021. Se analizaron las variaciones en el Asthma Control Test (ACT), frecuencia de exacerbaciones y visitas a urgencias hospitalarias, frecuencia de uso de corticoides orales (CO) y resultados tras la administración del tratamiento en domicilio. Estas variables se evaluaron tanto en el año previo al inicio del tratamiento con mepolizumab como durante el año en tratamiento.

Resultados: Los datos clínicos de los sujetos incluidos en este estudio se presentan en la tabla adjunta. La edad media fue de 54 años, con un predominio de mujeres del 67%. Como muestran los datos de recuento de eosinófilos (eos), estos pacientes tenían un patrón de asma grave eosinofílico. Los valores de ACT previo tratamiento biológico fueron de 14,8 mientras que el uso de CO era de 5 mg. Tras el tratamiento durante un año con mepolizumab, los pacientes experimentaron una mejoría en el ACT de 4,67 puntos, siendo el cambio significativo mayor o igual a 3 puntos ($p < 0,001$, punto de significación clínica de acuerdo con GEMA 5.0). Se produjo una reducción del 81% de las exacerbaciones, disminuyendo de 3 exacerbaciones a menos de una al año como se presenta en la figura adjuntas, y sin visitas a urgencias hospitalarias. Por último, hubo una disminución del uso de corticoides orales del 81,25%.

Conclusiones: El mepolizumab ha demostrado mejorar el control de síntomas, reducir el número de exacerbaciones asmáticas, así como de la necesidad de corticoides orales. Tras seguimiento de nuestros pacientes durante un año, se confirmaron los buenos resultados.

| | media | SD |
|-----------------|--------|----------|
| Edad (a) | 53,83 | ± 14,55 |
| Sexo (mujer,%) | 66,67 | |
| IMC | 26,6 | ± 5,56 |
| FEV1 (% pred) | 71 | ± 4,78 |
| CI (mcg) | 941,66 | ± 314,51 |
| CO (mg) | 5 | ± 2,08 |
| Nº exacerb/año | 3,04 | ± 1,12 |
| ACT | 14,79 | ± 5,14 |
| Eos sp(cél/mcL) | 387,5 | ± 204,96 |
| Eos EI (%) | 6,27 | ± 9,92 |

Características de la muestra.



Mejoría de puntuación en cuestionario ACT, disminución del número de exacerbaciones al año y disminución del uso de corticoides orales.

520. FRACCIÓN EXHALADA DE ÓXIDO NÍTRICO Y EXACERBACIONES DE ASMA GRAVE

A. Álvarez Brito, E. Martínez Moragon, M. Acosta Dávila, M.Á. Martínez Soriano, S. Calvache Castillo, I. López Moreno, L. Dahmazi, A. Sánchez Vera y E. Ballesteros Vázquez

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

Introducción: Aunque la fracción exhalada de óxido nítrico (FENO) es un método no invasivo que refleja inflamación T2, el significado de su medición en el seguimiento de los pacientes con asma grave es controvertido. El objetivo de este estudio es averiguar si la persistencia de FENO elevada guarda relación con las exacerbaciones y el control del asma.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo de pacientes con asma grave seguidos en la unidad de asma de nuestro departamento con seguimiento de mediciones de FENO periódicas anuales durante 3 años. Además de la determinación de FENO anual (con Niox mino, Aerocrin), se recogen el número de exacerbaciones graves anuales (tratadas con corticoides sistémicos), los eosinófilos séricos y el control de síntomas medidos por el cuestionario ACT. Hemos clasificado a los pacientes en 3 grupos: 1) los que han persistido con FENO mayor de 50 ppb en todas las determinaciones anuales, 2) los que el FENO era menor de 25 ppb en todas las determinaciones y 3) el grupo restante con variabilidad en el FENO.

Resultados: Estudiamos 76 pacientes, con una edad media de 58 años (± 12), predominio de mujeres (74%). En función de la evolución de las determinaciones de FENO, 23 pacientes se clasificaron en el grupo 1 (30%), 30 en el grupo 2 (39%) y 23 en el grupo 3 (30%). Entre los grupos no había diferencias en edad, IMC ni función pulmonar. Tampoco hemos encontrado diferencias significativas entre los grupos en cuanto al control del asma, los eosinófilos séricos y el número de exacerbaciones anuales.

| | Grupo 1 (23) | Grupo 2 (30) | Grupo 3 (23) | |
|----------------|---------------|----------------|----------------|--------|
| sexo | 10H/13M | 2H/27M | 5H/18M | 0,017 |
| edad | 56 (+/-12) | 58 (+/-11) | 62 (+/-11) | NS |
| ACT | 16 (+/-5) | 14 (+/-5) | 16 (+/-5) | NS |
| FENO | 98 (+/-50) | 20 (+/-11) | 47 (+/-23) | 0,0001 |
| FEV1 (%) | 72 (+/-16) | 71 (+/-24) | 73 (+/-24) | NS |
| eosinófilos | 366 (+/-250) | 413 (+/-682) | 481 (+/-361) | NS |
| exacerbaciones | 2,36 (+/-1,9) | 1,78 (+/-1,61) | 2,61 (+/-3,48) | NS |

Conclusiones: Aunque son necesarias series más grandes para extraer conclusiones definitivas, no hemos encontrado una asociación de la persistencia de FENO elevado con un número incrementado de exacerbaciones en nuestra muestra de pacientes asmáticos graves.

441. FRECUENCIA DE ASMA EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA COVID-19 EN LA UCRI DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

E. González Revilla, C. Pinedo Sierra, R. Larrosa Barrero, A. Albuja Hidalgo, C. Rodríguez Busto, I. García-Peñuela Arrechea, J. García Aragón, M.J. Bernabé Barrios, E. Forcén Vicente de Vera, J.L. Rodríguez Hermosa, M. Calle Rubio y J.L. Álvarez-Sala Walther

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Introducción: Los estudios realizados hasta el momento sobre la frecuencia de asma en los enfermos ingresados por neumonía COVID-19 han obtenido distintos resultados. El objetivo de este análisis ha sido evaluar la frecuencia de asma en los pacientes que han requerido ingreso por neumonía por COVID-19, en la Unidad de Cuidados Inter-

medios respiratorios (UCRI) del Servicio de Neumología del Hospital Clínico San Carlos (HCSC).

Material y métodos: Se han recogido todos los pacientes ingresados en la UCRI del Servicio de Neumología que han requerido tratamiento con alguna terapia respiratoria por insuficiencia respiratoria secundaria a neumonía por COVID-19 desde marzo 2020 hasta abril 2021.

Resultados: Se evaluaron un total de 306 enfermos ingresados en la UCRI de los cuales 15 (4,9%) tenían un diagnóstico previo de asma. La edad media fue de $65,87 \pm 19,03$ años. De los 15 pacientes 8 (53,3%) eran hombres y 7 (46,7%) mujeres. La estancia media de estos enfermos fue de $20,85 \pm 9,9$ días. Las comorbilidades más frecuentes que presentaban fueron: hipertensión arterial (HTA) 46,7%, dislipemia (DL) 26,7%, obesidad 26,7%, diabetes mellitus (DM) 20%, SAHS 13,3%, neoplasias 6,7%, enfermedad renal crónica (ERC) 6,7% y fibrilación auricular (FA) 6,7%. En relación con el tratamiento que se administró a los pacientes, 15 (100%) recibieron corticoides intravenosos, anticoagulación profiláctica con heparina de bajo peso molecular 14 (93,3%) y terapéutica en 1 (6,7%), antibióticos en 5 (33,3%), remdesivir en 2 (13,35%) y tocilizumab en 3 (20%). Las terapias respiratorias utilizadas en los enfermos fueron: oxígeno alto flujo (OAF) en 9 (60%), CPAP no mecánica en 6 (40%), CPAP mecánica en 3 (20%) y ventilación no invasiva (VMNI) EN 2 (13,3%). En 5 enfermos se usó más de una terapia respiratoria. La presión media de la CPAP mecánica fue de $11 \pm 1,9$ cmsH2O. En la VMNI la presión de soporte media fue de $10 \pm 5,6$ cmH2O. De los 15 enfermos ingresados en UCRI, 6 fueron *exitus* (40%).

| COMORBILIDADES | n (%) |
|----------------|----------|
| HTA | 7 (46,7) |
| DL | 4 (26,7) |
| Obesidad | 4 (26,7) |
| DM | 3 (20) |
| SAHS | 2 (13,3) |
| Neoplasia | 1 (6,7) |
| ERC | 1 (6,7) |
| FA | 1 (6,7) |

| TERAPIAS RESPIRATORIAS | n (%) |
|-----------------------------|----------|
| Oxígeno alto flujo (OAF) | 9 (60) |
| CPAP no mecánica | 6 (40) |
| CPAP mecánica | 3 (20) |
| VMNI | 2 (13,3) |
| Combinadas (OAF/VMNI/CPAP) | 5 (33,3) |

Conclusiones: La frecuencia de pacientes con asma que han requerido ingreso en nuestra UCRI por neumonía por COVID-19 ha sido del 4,9%. Las comorbilidades más frecuentes en dicho grupo fueron la HTA, la DM, la DL, la obesidad y el SAHS. La mortalidad en los pacientes asmáticos ingresados en UCRI fue del 40%.

128. INDICADORES DE CALIDAD CORROBORAN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GEMA EN ATENCIÓN PRIMARIA GRACIAS A LA RED ASISTENCIAL DE ASMA EN LA OSI BARRUALDE-GALDAKAO

S. Dorado Arenas¹, S. Pascual Erquicia¹, I. Urrutia Landa¹, I. Arrizubieta Basterrechea¹, J.M. Quintana López¹, M. Merino Ventosa², O. Bronte Moreno¹, A. Ballaz Quincoces¹, A.M. Sarría Penton¹, C. Hortelano Ibáñez¹, A. Aldazabal Muniategui¹, A. Antón Ladislao¹, U. Aguirre Larracochea¹, M. Larrauri Aguirre³, B. Gutiérrez Ruiz³, I. Intxausti Erdoiza³, J.L. Bilbao Madariaga³, J. Ferri Rosalen³, A. Uranga Echeverría¹, A. García Loizaga¹, A. Aramburu Ojembarrena¹, T. Zabala Hernández¹, A. Artaraz Ereño¹, L. Chasco Eguilaz¹, V. Fernández Valbuena¹, P. García Hontoria¹, A. Jodar Samper¹, B. Mencía Díez¹ y P.P. España Yandiola¹

¹Hospital Universitario de Galdakao, Bizkaia, España.
²Instituto de Investigación, Madrid, España. ³OSI Barrualde-Galdakao, Bizkaia, España.

Introducción: El asma conlleva una carga económica relevante, predominantemente por un deficiente grado del control de la enfermedad. En las últimas décadas parece observarse un sobrediagnóstico de asma a nivel mundial, fomentado en parte por la mayor concienciación sobre la enfermedad debida a la propagación de las guías clínicas, junto con las barreras que se dan mayoritariamente en atención primaria para llevar a cabo un diagnóstico adecuado. La atención del paciente asmático debe ser coordinada e integrada entre los diferentes profesionales sanitarios e interniveles primario y especializado,

impulsando la implementación de las guías clínicas de asma a través de estrategias colaborativas entre atención primaria y neumología, las cuales se consideran coste-efectivas y evitan la variabilidad en la práctica clínica. No obstante, la difusión de las guías clínicas no asegura su implementación, por lo que tanto la GEMA como la GINA incorporan planes de implementación paso a paso, los cuales deben adaptarse a cada realidad local. Todo ello optimizará el diagnóstico, control, tratamiento y educación acerca del asma, conllevando un ahorro de recursos económicos y también la calidad de la atención asistencial medida por indicadores.

Material y métodos: Estudio observacional de cohortes prospectivo, cuasi-experimental, multicéntrico, en el que se incluyen 400 pacientes asmáticos. Se evalúa el impacto en la implementación de la GEMA en atención primaria gracias a la intervención denominada "Red Asistencial de Asma", valorando la consecución de los indicadores de calidad asistencial en asma propuestos por la propia GEMA. La Red Asistencial de Asma está basada en un entorno asistencial colaborativo entre neumología y atención primaria en la OSI Barrualde-Galdakao de la comarca interior de Bizkaia y se sustenta en medidas organizacionales y de gestión, recursos tecnológicos e informáticos y mejora de la coordinación interdisciplinar.

Resultados: Mejoría de indicadores de calidad asistencial en asma promovidos por la GEMA (figs.).

Conclusiones: Este programa favorece la comunicación y coordinación interdisciplinar en torno al paciente asmático, logrando la implementación de la guía clínica nacional GEMA en atención primaria, lo cual se constata por los resultados clínicos obtenidos que conllevan la mejora en los valores de los 4 ámbitos revisables de los indicadores de calidad asistencial en asma promovidos por la propia GEMA.

Indicadores de diagnóstico

| GRUPO DE INDICADORES | INDICADOR | VALORES |
|----------------------|--|--|
| I. Diagnóstico | 1. Confirmación diagnóstica mediante espirometría con prueba broncodilatadora. La confirmación diagnóstica de un paciente con asma se realiza con la espirometría y prueba broncodilatadora tras cinco mediciones de volumen espirado. | 177 de pacientes con asma con diagnóstico realizado a 1000 ¹ de pacientes diagnosticados de asma. |

Tabla 1. Indicador de diagnóstico: porcentaje de pacientes asmáticos con espirometría o espirometría con prueba broncodilatadora realizadas.

| INDICADOR DE DIAGNÓSTICO (%) | Total | Intervención | Control | p-valor |
|--|-------|--------------|---------|---------|
| % de pacientes con asma con espirometría realizada | 88,5 | 87,5 | 78,5 | < 0,001 |
| % de pacientes con asma con espirometría con PBD realizada | 91,7 | 85,9 | 88,6 | 0,003 |

Resultados expresados como porcentaje.
 %: porcentaje. PBD: prueba broncodilatadora.

Tabla 2. Objetividad del diagnóstico de asma en base a alguna prueba específica positiva.

| TIPO DE DIAGNÓSTICO DE ASMA | Total | Intervención | Control | p-valor |
|-----------------------------|-------------|--------------|------------|---------|
| Objetivo o concluyente | 234 (58,54) | 109 (86,22) | 65 (32,98) | < 0,001 |

Resultados expresados como frecuencia (porcentaje).

| GRUPO DE INDICADORES | INDICADOR | VALORES |
|----------------------|---|--|
| I. Diagnóstico | 2. Estudio de sensibilización en asma alérgica. En los pacientes con sospecha de asma alérgica se les debe realizar un estudio de las pruebas sensibilizadoras a través de pruebas. | 177 de pacientes diagnosticados con historia positiva de asma alérgica con estudio de sensibilización realizado a 1000 ¹ de pacientes diagnosticados de asma. |

Tabla 3. Indicador de diagnóstico: porcentaje de pacientes asmáticos con estudio de sensibilización alérgica realizada.

| INDICADOR DE DIAGNÓSTICO (%) | Total (n = 400) | Intervención (n = 200) | Control (n = 200) | p-valor |
|--|-----------------|------------------------|-------------------|---------|
| % de pacientes con estudio de sensibilización alérgica | 89,0 | 88,0 | 71,0 | 0,718 |

Resultados expresados como porcentaje.
 %: porcentaje.

Tratamiento farmacológico

| GRUPO DE INDICADORES | INDICADOR | VALORES |
|-------------------------------|--|--|
| II. Tratamiento farmacológico | 3. Tratamiento de elección en el asma persistente. El tratamiento de elección en el asma persistente incluye glucocorticoides inhalados (GCI) utilizado diariamente. En algunos casos justificados, se puede considerar como tratamiento alternativo de emergencia de los episodios de los síntomas. | 177 de pacientes en tratamiento de control por asma persistente que reciben GCI a 1000 ¹ de pacientes en tratamiento de control por asma persistente. |

Tabla 4. Indicador de tratamiento farmacológico: porcentaje de pacientes con asma persistente que está en tratamiento con glucocorticoides inhalado.

| INDICADOR DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (%) | Total (n = 400) | Intervención (n = 200) | Control (n = 200) |
|---|-----------------|------------------------|-------------------|
| % de pacientes con asma persistente con GCI | 103,24 | 101,51 | 102,30 |

Resultados expresados como porcentaje.
 %: porcentaje. GCI: glucocorticoides inhalados.

| GRUPO DE INDICADORES | INDICADOR | VALORES |
|-------------------------------|---|--|
| II. Tratamiento farmacológico | 4. Tratamiento del asma en la mujer embarazada. En el tratamiento de mantenimiento del asma de la embarazada se recomienda mantener las opciones habitualmente empleadas (agonistas β ₂ adrenérgicos y glucocorticoides inhalados) en el embarazo a 1000 ¹ de mujeres (en asma embarazada en tratamiento de mantenimiento). | 177 de mujeres con asma que mantienen su tratamiento habitual (agonistas β ₂ adrenérgicos y glucocorticoides inhalados) en el embarazo a 1000 ¹ de mujeres (en asma embarazada en tratamiento de mantenimiento). |

No ha sido posible valorar este indicador por no disponer del registro de gestación en las pacientes analizadas durante las fechas de revisión de la historia clínica.

Tratamiento no farmacológico

| INDICADOR DE TRATAMIENTO | Intervención | Control |
|---------------------------------|---|---|
| 3. Tratamiento no farmacológico | 3. Deshabituación tabáquica. Se recomienda la preferencia en el tabaquismo en los pacientes fumadores con asma. | 3. 17 de pacientes con asma con tabaquismo y tratamiento con el uso de medicamentos regular a 20Etabaquismo con punto de asesoramiento. |

Tabla 5. Indicador de tratamiento no farmacológico: porcentaje de pacientes asmáticos a los que se les ha valorado el hábito tabáquico.

| INDICADOR DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO (%) | Total (n = 400) | Intervención (n = 200) | Control (n = 200) | p-valor |
|--|-----------------|------------------------|-------------------|---------|
| % de pacientes con asma con valoración de hábito tabáquico | 90,75 | 97,5 | 84,0 | = 0,001 |

Resultados expresados como porcentaje.
% Puntuación

| INDICADOR DE TRATAMIENTO | Intervención | Control |
|---------------------------------|--|--|
| 3. Tratamiento no farmacológico | 4. Plan educativo paciente con asma. Los pacientes con asma deben seguir un programa de educación aséptica diseñado por el personal de enfermería sobre la enfermedad, sobre el tratamiento, plan de acción y otras medidas relacionadas documentado por escrito como parte de su tratamiento. | 3. 17 de pacientes con asma con programa de educación en asma a 20E de pacientes con asma. |

Tabla 6. Indicador de tratamiento no farmacológico: porcentaje de pacientes asmáticos a los que se les ha valorado en una consulta de enfermería de atención primaria específica de educación en asma.

| INDICADOR DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO (%) | Total (n = 400) | Intervención (n = 200) | Control (n = 200) | p-valor |
|--|-----------------|------------------------|-------------------|---------|
| % de pacientes con asma con programa educativo en consulta de enfermería | 12,25 | 24,5 | 0,0 | = 0,001 |

Resultados expresados como porcentaje.
% Puntuación

Seguimiento

| INDICADOR DE TRATAMIENTO | Intervención | Control |
|--------------------------|---|--|
| 3. Seguimiento | 3. Seguimiento periódico de los pacientes. Incluirá de forma un seguimiento periódico de los pacientes, aunque se haya podido programar y más a 100% de pacientes con asma en seguimiento al año. | 3. 17 de visitas de seguimiento programadas (no programadas por seguimiento periódico de los pacientes, aunque se haya podido programar y más a 100% de pacientes con asma en seguimiento al año). |

Tabla 7. Indicador de seguimiento: porcentaje de pacientes asmáticos a los que se les controla periódicamente en consulta de atención primaria y/o consulta de atención especializada.

| INDICADOR DE SEGUIMIENTO (%) | Total (n = 400) | Intervención (n = 200) | Control (n = 200) | p-valor |
|--|-----------------|------------------------|-------------------|---------|
| % de pacientes asmáticos con visitas médicas programadas de seguimiento AP | 45,3 | 61,5 | 17,5 | < 0,001 |
| % de pacientes asmáticos con visitas médicas programadas de seguimiento AE | 23,0 | 26,5 | 21,0 | 0,240 |

Tabla 8. Indicador de seguimiento: número medio de visitas de seguimiento de pacientes asmáticos en consulta de atención primaria y/o de atención especializada.

| INDICADOR DE SEGUIMIENTO (Nº) | Intervención (n = 200) | Control (n = 200) | p-valor |
|--|------------------------|-------------------|---------|
| Número medio de consultas médicas programadas en AP al año | 4,12 | 6,17 | < 0,001 |
| Número medio de consultas médicas programadas en AE al año | 1,28 | 1,55 | < 0,05 |

Nº Número AP: atención primaria. AE: atención especializada.

| INDICADOR DE TRATAMIENTO | Intervención | Control |
|--------------------------|--|---|
| 3. Seguimiento | 4. Registro periódico de las exacerbaciones. La valoración específica de las exacerbaciones se realiza de forma periódica. | 3. 17 de pacientes con asma en los que se les ha evaluado y documentado las exacerbaciones a 20E de pacientes con asma. |

Tabla 9. Indicador de seguimiento: porcentaje de pacientes asmáticos en los que se ha evaluado y documentado las exacerbaciones.

| INDICADOR DE SEGUIMIENTO (%) | Total (n = 400) | Intervención (n = 200) | Control (n = 200) | p-valor |
|---|-----------------|------------------------|-------------------|---------|
| % de pacientes asmáticos en los que se han documentado las exacerbaciones | 100 | 100 | 100 | = 1,000 |

Indicadores de tratamiento no farmacológico y seguimiento.

706. PERFIL DE PACIENTES OBESOS Y ASMÁTICOS DE LA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ASMA GRAVE DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CÁCERES DERIVADOS AL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA PARA SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO DE OBESIDAD

C. Cabanillas Díez, M.C. Pereyra Acha, M. Alvarado Arenas, M.I. Alvarado Izquierdo, M.J. Amaya García, M. Vasquez Suero, A.J. Pazmiño Oñate, J.A. Durán Cueto, M.A. Sojo González, B.O. Gómez Parras, F.J. Hernández Arbeiza y M.S. Jiménez Timón

Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres, España.

Introducción: Según la actual Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) 5.0, la obesidad es una comorbilidad que puede desencadenar la aparición del asma, provocar exacerbaciones y dificultar su control, tanto en los niños como en los adultos. En la GEMA 4.3 mencionaban que el perfil del paciente asmático obeso era una mujer con exacerbaciones frecuentes y muchos síntomas, pero con una función pulmonar poco alterada. En los asmáticos obesos, la reducción ponderal (quirúrgica o no) ha demostrado mejorar los síntomas, el control, la calidad de vida y la hiperrespuesta bronquial. En el presente trabajo mostramos las características de los pacientes obesos hasta la actualidad derivados y valorados por Endocrinología y cómo el control del peso ha repercutido en el control del asma.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo basado en la búsqueda de historias clínicas de aquellos pacientes adultos obesos (IMC mayor o igual a 30) derivados desde la UMA y ya valorados por el servicio de Endocrinología (médicos o enfermeros).

Resultados: Desde el inicio de la UMA (16 de septiembre de 2020) han sido 27 los pacientes obesos derivados y valorados en Endocrinología. Previamente a la intervención endocrinológica, la media de años siendo asmático es de 20 años, el 70,4% son mujeres, la media de

IMC fue 36,37, 11% eran fumadores activos y 40,7% ex fumadores, el número de exacerbaciones era 1, y la puntuación media del ACT 17,7, FEV1 ml 2,58, FEV1 92,22%, nivel de eosinófilos en sangre 321. El 33,3% de los pacientes estaban en el escalón 6 de tratamiento según la GEMA 5.0, el 40,7% en el escalón 5 y el restante en el escalón 4. La IgE total media fue 267, comorbilidades mayormente presentadas fueron HTA, rinitis alérgica, trastorno del ánimo, ERGE y SAOS. El 44% ha recibido al menos dos consultas hasta el momento. 62,9% del total de los pacientes han conseguido reducir peso hasta la fecha. 51,85% eran obesos grado I (IMC 30-34,9), la media de reducción de peso en este grupo ha sido 4,3Kg y el ACT medio actual es 20. 40,7% eran obesos grado II (IMC 35-40) la media de reducción de peso en este grupo ha sido 2,05 Kg y el ACT medio actual es 19,3. 7,4% eran obesos grado III (IMC > 40) la media de reducción de peso ha sido 1,75 Kg y el ACT medio actual es 17. La media de exacerbaciones posteriores a la intervención endocrinológica fue de 0,11.

Conclusiones: La intervención del peso y la nutrición de los pacientes asmáticos obesos mejora el control del asma.

635. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON ASMA INGRESADOS POR COVID-19 DURANTE LA PRIMERA OLA

I.M. Domínguez Zabaleta, W.I. Giron Matute, Z. Ji, K.H. Liendo Martínez, S. Suárez Escudero, B. Recio Moreno, C.R. Castro Riera, C.A. Gutiérrez Correa, C. Sánchez Fernández, A. Cerezo Lajas, L. Puente Maestu y J. de Miguel Díez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción: En la literatura científica existe una gran variabilidad de la prevalencia de asma bronquial en pacientes con COVID-19. Nuestro objetivo es analizar la prevalencia y características de los pa-

cientes con asma ingresados en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón por COVID-19 durante la primera ola.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de pacientes ingresados por COVID-19 entre marzo y mayo de 2020. Identificamos pacientes con diagnóstico previo de asma. Recogimos parámetros sociodemográficos, así como datos relativos al asma y a la COVID-19.

Resultados: De un total de 2.440 pacientes ingresados por COVID-19 en este periodo, 147 tenían antecedente de asma (6%). Sin embargo, 65 de ellos no disponían de pruebas funcionales respiratorias previas y 43 no cumplían criterios diagnósticos de asma. De esta forma, la prevalencia real de asma fue del 1,5% (39 pacientes). Características de estos pacientes: edad media 63 ± 2 años, mujeres 51,3%, sin historia de tabaquismo 82,1%, ninguno fumador en la actualidad. IMC mediano 28,11 (20,4-41,7), comorbilidad cardiovascular 51,28%, e índice de Charlson mediano 2 puntos (1-7). Disnea grado 1 de la escala mMRC en el 69,2%, 12,8% con obstrucción espirométrica, 84,6% en tratamiento con LABA/CI, número mediano de exacerbaciones en el último año 0 (0-2). Al ingreso el 82,1% presentaba neumonía bilateral y el 15,4% unilateral. Un 25,6% evolucionó a SDRA durante su estancia hospitalaria, requiriendo oxígeno en reservorio y además OCNAF en el 5,1% y CPAP en el 5,1%. Un 2,6% de los pacientes ingresó en UCI y requirió VMI. El 43,6% de los pacientes recibió corticoides sistémicos. Durante el ingreso el 23% de los pacientes tuvo complicaciones (7,7% afectación gastrointestinal, sobreinfección bacteriana 5,1%, evento trombotico 5,1%, renal 5,1%). El 10,3% falleció durante el ingreso, y el 2,6% en los 60 días tras el alta por cualquier causa. La mediana de tiempo de hospitalización fue de 9 días (3-36).

Conclusiones: La prevalencia real encontrada fue del 1,5% durante la primera ola, existiendo una importante tasa de sobrediagnóstico del asma bronquial. La mayoría de ellos presentó sobrepeso y comorbilidades cardiovasculares, con un asma bien controlado sin exacerbaciones previas. Durante el ingreso un cuarto de ellos presentó complicaciones y desarrolló SDRA, precisando de oxigenoterapia con reservorio \pm OCNAF/CPAP. Un pequeño porcentaje ingresó en UCI con VMI. La mortalidad intrahospitalaria fue elevada.

327. PROCESO DE TRANSICIÓN DEL PACIENTE ADOLESCENTE CON ASMA GRAVE: PERSPECTIVA DEL NEUMÓLOGO

M. Blanco Aparicio¹, I. de Mir Messa², J. Valverde Molina³, J. Figuerola Mulet⁴, J. Lozano Blasco⁵, J. Torres Borrego⁶, A. Nieto⁷, M. Fernández Nieto⁸, S. Sánchez García⁹, A.L. Moure¹⁰ y M.G. Sánchez Herrero¹⁰

¹Hospital Universitario de A Coruña, A Coruña, España.

²Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

³Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, España.

⁴Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears, España. ⁵Hospital San Joan de Deu, Barcelona, España. ⁶Hospital Universitario Reina Sofía,

Córdoba, España. ⁷Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia,

España. ⁸Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. ⁹Hospital Infantil

Universitario Niño Jesús, Madrid, España. ¹⁰Departamento médico GSK, Madrid, España.

Introducción: Existe poca información acerca del proceso de transición reglado de los servicios de pediatría a la atención adulta en asma grave, a pesar de la importancia de este ya que durante la etapa adolescente aumenta la falta de control y el riesgo de exacerbaciones. Nuestro objetivo fue desarrollar un documento de consenso sobre el proceso de transición en el paciente adolescente con asma grave con la participación de expertos en pediatría, neumología y alergología.

Material y métodos: Nueve expertos en asma grave revisaron la evidencia clínica acerca del proceso de transición en patologías crónicas y seleccionaron las propuestas del cuestionario. El documento consistió en dos secciones: la primera se centró en las características del

paciente candidato a iniciar la transición y la segunda se centró en información referente a las 3 etapas de transición: preparación, transferencia y seguimiento. Cada propuesta fue evaluada anónimamente siguiendo la metodología Delphi por 98 panelistas (25 neumólogos, 49 pediatras y 24 alergólogos) mediante una escala Likert de 9 puntos.

Resultados: Los neumólogos alcanzaron consenso en 39/61 (64%) de las propuestas en aspectos tales como potenciar la autonomía del paciente, facilitar herramientas para el automanejo de la enfermedad y la detección de agudizaciones, así como en educar en el correcto uso y cumplimiento de los tratamientos prescritos. Con respecto al manejo multidisciplinar del paciente, se alcanzó consenso en el inicio de la comunicación entre especialidades de pediatría y adultos desde la etapa de preparación del paciente, manteniéndose durante las etapas de transferencia. No se alcanzó consenso en la realización de una consulta de transición conjunta con el paciente durante la etapa de transferencia ni en aspectos relacionados con el papel del pediatra durante la etapa de seguimiento tras el paso a adultos. Los neumólogos estimaron una duración media del proceso de transición de 8,1 meses.

Conclusiones: 1. Existe consenso en realizar un proceso de transición reglado de carácter multidisciplinar centrado en la preparación multidimensional del paciente, informe médico y cita programada en adultos. 2. No se alcanzó consenso en la necesidad de realizar una consulta de transición conjunta de ambas especialidades en presencia del paciente durante la etapa de transferencia. 3. El grado de consenso fue similar entre los especialistas en neumología comparado con los resultados globales en la práctica totalidad de las propuestas. Financiación GSK

468. RECUESTO DE CÉLULAS DEL ESPUTO INDUCIDO EN PACIENTES CON ASMA MEDIANTE MICROSCOPIA ÓPTICA Y CITOMETRÍA DE FLUJO. CORRELACIÓN ENTRE AMBOS MÉTODOS

A. Crespo Lessmann, E. Mateus Medina, E. Curto Sánchez, A. Belda Soler, M.I. Martín Gutiérrez, S. Sánchez Maza, L. Soto Retes, D. Ramos Barbón y V. Plaza Moral

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

Introducción: El recuento de células inflamatorias en el esputo inducido (EI), sigue siendo la exploración no invasiva más eficaz para valorar la inflamación bronquial y para predecir respuestas terapéuticas. La interpretación del EI está validada internacionalmente a través de la lectura celular por microscopía óptica (MO). A pesar de ser la citometría de flujo (CF) una técnica usada para identificar poblaciones celulares específicas, su utilidad en el EI aún sigue sin estar estandarizada. El objetivo principal de este estudio fue conocer el grado de correlación que existe entre los valores por MO y CF del recuento celular del EI.

Material y métodos: Se estudiaron 206 asmáticos a quienes el médico responsable les solicitó un estudio de EI según su práctica habitual. Las muestras de EI se procesaron según el método descrito por Pizzichini et al, todas fueron leídas a través de MO y de CF. La CF se realizó con un MQ10 (Miltenyi Biotech). Se utilizaron los siguientes marcadores celulares para detectar las células por CF: Linfocitos (CD45+, CD3+), eosinófilos (CD45+, CD66b+, CD16-), Neutrófilos (CD45+, CD66B+, CD15high, CD16 high) y para macrófagos (CD45, CD14+, CD66b-). Se consideró como "alta calidad" de la muestra, cuando existía un recuento celular superior a 1.000.000 cél/g, una viabilidad superior al 40% y un porcentaje de células epiteliales inferior al 20%.

Resultados: Las características de la población estudiada se muestran en la tabla 1. El 56,96% eran mujeres, con una edad media de 53 años, un predominio de asma persistente moderada y grave (46,20% y 34,17% respectivamente), con un fenotipo inflamatorio eosinofílico

predominante en el EI (53,79%). El 96,94% de los EI procesados tuvieron una alta calidad. El recuento de eosinófilos, neutrófilos y macrófagos mediante MO se correlacionó de forma significativa con los de la CF siendo esta correlación de 0,601 ($p = 0,000$) para el caso de los eosinófilos, de 0,477 ($p = 0,000$) para el caso de los neutrófilos y de 0,528 (0,000) para el caso de los macrófagos. Los valores de linfocitos no se correlacionaron significativamente entre la MO y la CF.

Tabla 1: Características descriptivas de la población estudiada

| Variabes | Media (DE) ó % |
|---|--|
| Sexo (% mujeres) | 56,96% |
| Edad (años) | 53,13% (14,26) |
| IMC | 27,66 (5,02) |
| FVC (%) | 93,78 (15,98) |
| FEV1% | 81,23 (19,76) |
| FeNO ppb | 41,23 (36,11) |
| IgE total en sangre (UI/ml) | 216,39 (312,39) |
| Prick test positivo | 63,15% |
| Gravedad del asma (%) | Intermitente: 6,96 P leve: 12,67 P moderada: 46,20 P grave: 34,17 |
| Dosis de Corticoides inhalados (%) | No tomaba: 5,73 Bajas: 26,85 Medias: 40,57 Altas: 26,85 |
| Fenotipos inflamatorios en el esputo inducido | Eosinofílico: 53,79% Paucigranulocítico: 20,25% Neutrofílico: 20,88% Mixto: 5,68% |
| Poliposis nasal (%) | 25,31% |
| Rinitis (%) | 63,29% |
| Visitas a urgencias 12 últimos meses | 0,95 (1,29) |

FeNO: fracción exhalada de óxido nítrico; FEV1: volumen espiratorio forzado del 1er segundo; FVC: capacidad vital forzada; IgE: inmunoglobulina E; IMC: índice de masa corporal.

Tabla 2: Características descriptivas de los esputos procesados tanto por microscopía óptica como por citometría de flujo

| Variabes | Media (DT) ó % |
|--|--|
| Calidad de la muestra (%) | Alta: 96,94 Media: 1,22 Baja: 1,84 |
| Porcentaje de células en el esputo según la microscopía óptica: | |
| -Macrófagos: | 33,22 (21,19) |
| -Neutrófilos | 53,92 (22,01) |
| -Eosinófilos | 10,35 (16,32) |
| -Linfocitos: | 1,57 (0,89) |
| Porcentaje de células en el esputo según la citometría de flujo: | |
| -Macrófagos: | 5,75 (11,54) |
| -Neutrófilos | 54,07 (27,05) |
| -Eosinófilos | 17,11 (21,67) |
| -Linfocitos: | 8,23 (8,72) |

DT: desviación típica

125. RED ASISTENCIAL DE ASMA EN LA OSI BARRUALDE-GALDAKAO: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ASMÁTICOS

S. Dorado Arenas¹, V. Fernández Valbuena¹, I. Urrutia Landa¹, S. Pascual Erquicia¹, M. Merino Ventosa², I. Arrizubieta Basterrechea¹, J.M. Quintana López¹, A. Ballaz Quincoces¹, A. Aldazabal Muniategui¹, C. Hortelano Ibáñez¹, A. Sarria Pentón¹, A. Antón Ladislao¹, U. Aguirre Larracochea¹, M. Larrauri Aguirre³, B. Gutiérrez Ruiz³, J. Ferri Rosalen³, J.L. Bilbao Madariaga³, I. Intxausti Erdoiza³, P. García Hontoria¹, A. Jodar Samper¹, B. Mencía Díez¹, A. García Loizaga¹, A. Uranga Echeverría¹, A. Aramburu Ojembarrena¹, T. Zabala Hernández¹, A. Artaraz Ereño¹, O. Bronte Moreno¹, L. Chasco Eguilaz¹ y P.P. España Yandiola¹

¹Hospital Universitario de Galdakao, Bizkaia, España.

²Instituto de Investigación, Madrid, España. ³OSI Barrualde-Galdakao, Bizkaia, España.

Introducción: El asma conlleva una carga económica relevante, predominantemente por un deficiente grado del control de la enfermedad en el 70% de los pacientes. La atención del paciente asmático debe ser coordinada e integrada entre los diferentes profesionales sanitarios e interniveles primario y especializado, impulsando la implementación de las guías clínicas de asma a través de estrategias colaborativas, las cuales se consideran coste-efectivas y evitan la variabilidad en la práctica clínica. Asimismo, el control del asma va ligado a una mejor calidad de vida del paciente, para cuya medición existen cuestionarios específicos de enfermedad como el Mini-AQLQ o cuestionarios genéricos como el EuroQol-5D-5L, permitiendo calcular los AVAC.

Material y métodos: Estudio observacional de cohortes prospectivo, cuasi-experimental, multicéntrico, en el que se incluyen 400 pacientes asmáticos y se evalúa el impacto multidimensional, incluida la calidad de vida, de una intervención denominada "Red Asistencial de Asma", la cual está basada en la implementación de la GEMA en un entorno asistencial colaborativo entre neumología y atención primaria (sustentado en medidas organizacionales y de gestión, recursos tecnológicos e informáticos y mejora de la coordinación interdisciplinar) en la OSI Barrualde-Galdakao de la comarca interior de Bizkaia.

Resultados: El programa mejora la calidad de vida general medida por el cuestionario EuroQol-5D-5L, predominantemente en los sectores de dolor/malestar y de ansiedad/depresión aparte de en la escala visual analógica que alcanza una puntuación media de 89,54 (diferencia estadísticamente y clínicamente significativa respecto al grupo de control), y la calidad de vida específica evaluada por el cuestionario mini-AQLQ, mejorando la puntuación correspondiente a cada ámbito y la puntuación total a 6,33 puntos. Se demuestra también que existe una correlación positiva media entre ambos cuestionarios. Asimismo, la Red Asistencial se relaciona con más cantidad de AVAC, 0,95 versus los 0,88 del grupo de control (tablas).

Conclusiones: La Red Asistencial de Asma aumenta la calidad de vida tanto específica como genérica, en contexto de la estrategia colaborativa y la implementación de la GEMA en atención primaria, que acarrea resultados clínicos positivos comentados en comunicaciones de años previos.

Conclusiones: La CF es un procedimiento válido para detectar principalmente eosinófilos, neutrófilos y macrófagos en el esputo inducido en pacientes con asma y sus valores se correlacionan de forma significativa con los de la MO. El uso clínico de la CF para el recuento celular del EI puede ser una alternativa en aquellos centros en los que no se disponga de un técnico para realizar el recuento manual por MO.

Tabla 1: Calidad de vida general del paciente asmático valorada mediante el cuestionario EuroQol-5D-5L: Niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo).

| | N | Media | Desviación estándar | Mediana | Mínimo | Máximo | p-value |
|---------------------------------------|-----|-------|---------------------|---------|--------|--------|---------|
| INTERVENCIÓN | 91 | 6,12 | 1,40 | 7,00 | 1,00 | 7,00 | < 0,001 |
| CONTROL | 124 | 5,89 | 1,57 | 6,25 | 1,75 | 7,00 | |
| Limitación de actividades | | | | | | | 0,001 |
| Intervención | 91 | 6,44 | 1,51 | 7,00 | 1,00 | 7,00 | |
| Control | 124 | 6,02 | 1,85 | 7,00 | 1,00 | 7,00 | |
| Función emocional | | | | | | | 0,002 |
| Intervención | 91 | 6,55 | 1,20 | 7,00 | 1,00 | 7,00 | |
| Control | 124 | 6,10 | 1,56 | 7,00 | 1,00 | 7,00 | |
| Limitación actividades físicas | | | | | | | 0,010 |
| Intervención | 91 | 5,86 | 2,07 | 7,00 | 1,00 | 7,00 | |
| Control | 124 | 5,57 | 1,79 | 6,33 | 1,00 | 7,00 | |
| PUNTAJADO MEDIO | | | | | | | < 0,001 |
| Intervención | 91 | 6,33 | 1,39 | 7,00 | 1,00 | 7,00 | |
| Control | 124 | 5,85 | 1,47 | 6,47 | 1,67 | 7,00 | |

Resultados mostrados como fracciones (significancia p):
Ej: ejemplar.

Tabla 3: Calidad de vida específica del paciente asmático valorada mediante el cuestionario Mini-AQLQ.

| MINI-AQLQ | N | Media | Desviación estándar | Mediana | Mínimo | Máximo | p-value |
|---------------------------------------|-----|-------|---------------------|---------|--------|--------|---------|
| Intervención | 91 | 6,32 | 1,40 | 7,00 | 1,00 | 7,00 | < 0,001 |
| Control | 124 | 5,89 | 1,57 | 6,25 | 1,75 | 7,00 | |
| Limitación de actividades | | | | | | | 0,001 |
| Intervención | 91 | 6,44 | 1,51 | 7,00 | 1,00 | 7,00 | |
| Control | 124 | 6,02 | 1,85 | 7,00 | 1,00 | 7,00 | |
| Función emocional | | | | | | | 0,002 |
| Intervención | 91 | 6,55 | 1,20 | 7,00 | 1,00 | 7,00 | |
| Control | 124 | 6,10 | 1,56 | 7,00 | 1,00 | 7,00 | |
| Limitación actividades físicas | | | | | | | 0,010 |
| Intervención | 91 | 5,86 | 2,07 | 7,00 | 1,00 | 7,00 | |
| Control | 124 | 5,57 | 1,79 | 6,33 | 1,00 | 7,00 | |
| PUNTAJADO MEDIO | | | | | | | < 0,001 |
| Intervención | 91 | 6,33 | 1,39 | 7,00 | 1,00 | 7,00 | |
| Control | 124 | 5,85 | 1,47 | 6,47 | 1,67 | 7,00 | |

Mini-AQLQ: Mini-Asthma Quality of Life Questionnaire.

Tabla 2: Calidad de vida general del paciente asmático valorada mediante el cuestionario EuroQol-5D-5L: Escala visual analógica de evaluación más general.

| EVA | N | Media | Desviación estándar | Mediana | Mínimo | Máximo | p-value |
|---------------------|-----|-------|---------------------|---------|--------|--------|---------|
| Intervención | 91 | 89,34 | 18,35 | 100,00 | 8,00 | 100,00 | < 0,001 |
| Control | 126 | 82,26 | 17,09 | 90,00 | 7,00 | 100,00 | |

EVA: escala visual analógica.

Tabla 4: Correlación entre la escala de Mini-AQLQ y EuroQol.

| MINI-AQLQ (puntaje medio) | COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPIEGELMAN | p-value |
|---------------------------|--|---------|
| TOTAL | 0,411* | < 0,001 |
| Intervención | 0,418* | < 0,001 |
| Control | 0,312* | 0,001 |

479. RELEVANCIA CLÍNICA DE LA DETERMINACIÓN DE CÉLULAS BRONQUIALES MEDIANTE ESPUTO INDUCIDO EN ASMA GRAVE

L. López Vergara¹, E. Vera Solsona¹, J. Rodríguez Sanz¹, C. de Diego Ramos¹, L. Torralba García¹, J. Errasti Viader¹, M.D. Viñuales Aranda¹, M. Aguado Agudo¹, S. Alarcón Sisamón¹, P. Cubero Marín², D. Sanz Rubio², J.M. Marín Trigo¹ y S. Bello Dronda¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

²Grupo de Investigación IIS Aragón, Zaragoza, España.

Introducción: El asma bronquial es una enfermedad heterogénea con elevada prevalencia. A pesar de los nuevos tratamientos hay pacientes en los que persiste un mal control de la misma. En los últimos años se han identificado nuevos fenotipos en función de características fisiológicas, clínicas y de función pulmonar con el objetivo de orientar los tratamientos de una forma más precisa. El esputo inducido es una técnica inocua y sencilla mediante la que se puede analizar la celularidad de la vía aérea. En él se pueden cuantificar las células bronquiales (CB), asociadas en estudios recientes a mayor severidad del asma y mayor necesidad de corticoides.

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo que incluye 96 pacientes (15 controles sanos y 71 pacientes de la Unidad de Asma Grave de Neumología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza) Se analizaron diferentes características clínicas, función respiratoria y la celularidad en el esputo inducido. Posteriormente se compararon las variables en función de si presentaban un alto (CB > 4%) o un bajo (CB ≤ 4%) recuento de células bronquiales en esputo primero en el total de la muestra y seguidamente solo a los asmáticos. La significación estadística se determinó cuando $p < 0,05$.

Resultados: De los 96 pacientes, 71 comprendían los pacientes asmáticos y 25 controles, con un mayor porcentaje de mujeres en ambos grupos (66,2% y 60% respectivamente). El 43,7% de los pacientes asmáticos presentaba atopía. Se observó un mayor porcentaje de células bronquiales en EI en asmáticos con una media del 4,51% (DE 6,6%) respecto a 0,8% (DE 1,4) de los controles con $p = 0,00$. El resto de características generales se recoge en la tabla 1. Posteriormente se analizan características clínicas, analíticas y funcionales exclusivamente en asmáticos y se comparan en función del recuento de CB, sin hallarse diferencias estadísticamente significativas (tabla 2).

| | Asma | | Control | |
|-----------------------|-------|-------|---------|--------|
| | Media | DS | Media | DS |
| Edad (años) | 53,03 | 17,1 | 45,16 | 13,152 |
| IMC | 28,9 | 5,99 | 25,08 | 3,74 |
| Nº Exacerbaciones | 1,74 | 2,38 | | |
| Puntuación ACT | 17,68 | 5,35 | | |
| Dosis de CO (mg) | 1,77 | 4,98 | | |
| FEV ₁ (%) | 80,63 | 20,07 | 111 | 19,8 |
| FEV ₁ /FVC | 74,34 | 10,76 | 84 | 9,22 |
| Viabilidad | 75,97 | 17 | 84,72 | 14,43 |
| RCT | 1,85 | 1,5 | 1,22 | 0,87 |
| CEP | 11,26 | 10,21 | 16,49 | 14,66 |
| Cél. Bronquiales | 4,51 | 6,6 | 0,8 | 1,4 |
| Eosinófilos EI | 5,36 | 8,6 | 2,57 | 4,88 |
| Eosinófilos sp | 450 | 859,8 | 116 | 80 |

Tabla 1. IMC: índice de masa corporal; ACT: cuestionario control de asma; FEV₁: volumen espiratorio forzado en primer segundo; FVC: capacidad vital forzada; RCT: recuento celular total; EI: esputo inducido; SP: sangre periférica.

| Asmáticos | CB ≤ 4 | | CB > 4 | | |
|-----------------------|--------|-------|--------|---------|-----------|
| | Media | DS | Media | DS | |
| ACT | 17,22 | 5,97 | 18,76 | 4,26 | $p=0,288$ |
| Nº Exacerbaciones | 1,93 | 2,57 | 1,29 | 1,84 | $p=0,296$ |
| FEV ₁ | 80,26 | 19,64 | 81,53 | 21,53 | $p=0,818$ |
| FEV ₁ /FVC | 74,36 | 10,34 | 74,29 | 11,95 | $p=0,980$ |
| Dosis de CO (mg) | 0,8 | 1,91 | 4,65 | 8,92 | $p=0,096$ |
| Dosis de CI (mcg) | 861,2 | 397,4 | 500,38 | 294,909 | $p=0,001$ |
| Eosinófilos EI | 5,21 | 8,86 | 5,729 | 8,2071 | $p=0,818$ |
| Eosinófilos sp | 450 | 959,5 | 450,00 | 614,303 | $p=1$ |

Tabla 2. ACT: cuestionario control de asma; FEV₁: volumen espiratorio forzado en primer segundo; FVC: capacidad vital forzada; EI: esputo inducido; SP: sangre periférica; CO: corticoide oral; CI: corticoide inhalado.

Conclusiones: En nuestro estudio, los pacientes con asma presentan mayor número de CB que el grupo de controles (sanos). El paciente asmático presenta peor control de síntomas, peor función pulmonar y necesidad de tratamiento tanto corticoide inhalado como sistémico. Sin embargo, la presencia de mayor número de células epiteliales bronquiales no parece influir en los parámetros tanto espirométricos como inflamatorios del paciente con asma.

653. RESPUESTA A MEPOLIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA DE CONTROL DIFÍCIL TRAS AL MENOS UN AÑO DE TRATAMIENTO

M. Gil Pradas, M.J. Sepúlveda Gisbert, N. Beltrán Sampayo, S. Reino Gelardo, M. Palop Cervera, A. Saura Vinuesa y A. Lloris Bayo
Hospital de Sagunto, Valencia, España.

Introducción: El mepolizumab es un anticuerpo monoclonal contra el receptor IL-5 de la superficie de los eosinófilos, que causa la inhibición del crecimiento, diferenciación y supervivencia de los eosinófilos. El asma de control difícil (ACD) se define como un asma con déficit de control a pesar de una terapia adecuada según su nivel de gravedad clínico. El objetivo es analizar la respuesta al mepolizumab, en pacientes con ACD, durante al menos un año.

Material y métodos: Análisis de series de casos a través de un estudio retrospectivo observacional y longitudinal, en el que se estudia la respuesta antes y después de la introducción del mepolizumab. Se incluyeron 12 pacientes tratados durante al menos doce meses. Se analizaron las diferencias tras el tratamiento en FEV₁, número de eosinófilos en sangre periférica, exacerbaciones graves (valorando hospitalizaciones y visitas a urgencias sin ingreso), test ACT y dosis de corticoide inhalado. Se ha empleado el software IBM SPSS Statistics, versión 25. Se utilizó la prueba de Wilcoxon para el análisis de los datos.

Resultados: De la muestra obtenida, el 42% eran hombres y la edad media fue de 65 ± 11 años. El 42% de los pacientes estaban sensibilizados previamente. Tras el tratamiento con mepolizumab, la media de los eosinófilos en sangre periférica era 67 ± 132 ($p = 0,008$), con una media de puntuación en el test ACT 22 ± 3 ($p = 0,005$). Se observó una tendencia a la mejoría en el FEV₁ antes del broncodilatador, con una media tras el tratamiento de 100 ± 28 ($p = 0,128$). Respecto a el FEV₁ posbroncodilatación, se presentó una marcada mejoría con una media de 100 ± 21 ($p = 0,043$). La media de corticoides inhalados fue de 666 ± 480 µg ($p = 0,416$), y las exacerbaciones tras el tratamiento fueron de 0,33 ± 0,65 ($p = 0,008$).

Conclusiones: Los pacientes con ACD tratados con mepolizumab presentan una disminución del número de hospitalizaciones y visitas a urgencias, una mejoría de la función pulmonar, así como de la percepción del control de su enfermedad. Sin embargo, no se encuentran diferencias en cuanto a la necesidad de una menor dosis de corticoide inhalado.

36. RESPUESTA CLÍNICA A FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ACO VS. ASMA GRAVE

D. Dacal Rivas¹, L. Pérez de Llano¹, N. Marina Malanda², E. Curto Sánchez³, J.A. Gullón Blanco⁴, M. Muñoz Esquerre⁵, C. Fernández Rodríguez⁶, E. Martínez Moragón⁷, A. Harbenau Mena⁸ y F.B. García-Cosío Piqueras⁹

¹Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.

²Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, España. ³Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ⁴Hospital Universitario San Agustín, Avilés, España. ⁵Hospital Bellvitge, Barcelona, España. ⁶Hospital 12 de Octubre, Madrid, España. ⁷Hospital Doctor Peset, Valencia, España.

⁸Hospital de Mérida, Mérida, España. ⁹Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España.

Introducción: El ACO es la coexistencia de dos enfermedades heterogéneas y complejas en un único individuo o, según la hipótesis holandesa, una manifestación intermedia dentro del espectro de la enfermedad crónica de la vía aérea. En todo caso, supone un reto diagnóstico y terapéutico para el clínico debido a la ausencia de estudios específicos y la exclusión de los pacientes EPOC en los estudios sobre asma, y viceversa. A pesar de la evidencia en pacientes asmáticos T2, los datos de respuesta a fármacos biológicos en ACO son escasos. Por ello, hemos desarrollado este estudio comparativo entre ambos grupos.

Material y métodos: Hemos seleccionado a los pacientes mayores de 18 años con asma grave no controlada incluidos en el registro nacional GEMA-DATA que recibieron tratamiento biológico y cuyo tiempo de seguimiento fue mayor de 12 meses. Consideramos ACO a aquellos

pacientes con un consumo tabáquico > 10 paquetes-años que presentaron un cociente obstructivo (FEV1/FVC < 0,7) a pesar del tratamiento. Para estimar el control clínico hemos tenido en cuenta la puntuación en el ACT, las exacerbaciones graves, los ingresos hospitalarios, las visitas médicas no programadas, los ciclos de corticoides sistémicos y su necesidad como tratamiento crónico. Se consideró control clínico la ausencia de exacerbaciones graves en los 12 meses previos, puntuación ACT \geq 20 y la no necesidad de corticoides sistémicos. El análisis de datos se realizó utilizando chi-cuadrado o test exacto de Fisher para variables categóricas y t de Student o test de Wilcoxon para variables continuas. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 321 pacientes, 24 ACO y 297 asmáticos. Las variables clínicas y demográficas se recogen en la tabla 1. Los valores de FEV1 fueron significativamente inferiores en el grupo ACO respecto al asma. Sin embargo, los biomarcadores T2 fueron similares en ambos grupos, al igual que el porcentaje de atopia, rinosinusitis crónica y poliposis. El omalizumab fue el fármaco biológico empleado con mayor frecuencia en ambos grupos (62,5 y 44,4%). La puntuación en el ACT no difirió significativamente entre los dos grupos. El número de exacerbaciones graves, ingresos y visitas no programadas fue significativamente mayor en el grupo ACO, mientras que el porcentaje de pacientes controlados fue significativamente menor (16,7 vs. 39,7%).

Tabla 1. Características clínicas y demográficas.

| Variable | Asma (n = 297) | ACO (n = 24) | p |
|--|----------------------|----------------------|--------|
| Hombre, frecuencia (%) | 80 (26.9) | 14 (58.3) | 0.002 |
| Edad, mediana (IQR) | 57.4 (45.5-65.7) | 59.9 (52.7- 64.7) | 0.26 |
| Tabaquismo (paq-años), mediana (IQR) | 5.0 (4.0-9.0) | 20.0 (11.3-30.0) | <0.001 |
| Diagnóstico < 12 años (%) | 22.7 | 4.3 | 0.036 |
| Atopia (%) | 70.5 | 77.3 | 0.627 |
| Comorbilidades (%): | | | |
| - Rinosinusitis. | 65.0 | 66.7 | >0.99 |
| - Pólipos nasales. | 36.4 | 25.0 | 0.375 |
| - Bronquiectasias. | 18.2 | 37.5 | 0.031 |
| - Obesidad. | 8.2 | 0.0 | <0.005 |
| - Reflujo gastroesofágico. | 20.5 | 12.5 | 0.435 |
| - Ansiedad/depresión | 25.3 | 4.2 | 0.706 |
| FEV1 /FVC postBD (%), mediana (IQR) | 71.0 (61.5-77.1) | 57.4 (43.6-66.1) | <0.001 |
| FEV1 postBD (% teórico), mediana (IQR) | 80.5 (63.2-95.5) | 66.3 (50.4-80.7) | <0.001 |
| FENO (ppb), mediana (IQR) | 39.0 (20.0-66.2) | 33.7 (10.8- 58.3) | 0.327 |
| IgE (IU/ml) | 236.5 (91.0-532.8) | 451.0 (193.0-630.0) | 0.140 |
| Eosinófilos sangre (cels/mm ³) | | | |
| - Último valor registrado, mediana (IQR) | 110.0 (22.5-310.0) | 109.0 (37.6-307.5) | 0.902 |
| - Valor máximo histórico, mediana (IQR) | 670.0 (330.0-1100.0) | 500.0 (200.0-1000.0) | 0.08 |
| LAMA (%) | 54.2 | 87.5 | <0.05 |
| Tratamiento biológico: | | | |
| - Omalizumab, n (%). | 132 (44.4) | 15 (62.5) | |
| - Mepolizumab, n (%). | 108 (36.3) | 5 (20.8) | |
| - Reslizumab, n (%). | 28 (9.4) | 1 (4.2) | |
| - Benralizumab, n (%). | 28 (9.4) | 3 (12.5) | |
| - Dupilumab, n (%). | 1 (0.3) | 0 | |

Tabla 2. Parámetros de respuesta clínica

| Parámetros de respuesta clínica | Asma (n = 297) | ACO (n = 24) | p |
|-----------------------------------|------------------|------------------|--------|
| ACT | 22.0 (17.0-24.0) | 18.5 (14.0-23.3) | 0.096 |
| ACT <20 (%) | 36.5 | 59.1 | 0.109 |
| \geq 1 exacerbación grave (%) | 27.3 | 70.8 | <0.001 |
| \geq 1 ingreso hospitalario (%) | 8.1 | 29.2 | 0.004 |
| \geq 1 visita no programada | 19.2 | 54.2 | <0.001 |
| Ciclos corticoides, median (IQR) | 0.0 (0.0-1.0) | 2.0 (1.0-4.0) | <0.001 |
| \geq 1 ciclo (%) | 37.5 | 83.3 | <0.001 |
| Corticoides de mantenimiento (%) | 22.2 | 12.5 | 0.437 |
| Control clínico (%) | 39,7 | 16,7 | 0.028 |

Conclusiones: Estos resultados sugieren que los pacientes ACO tratados con fármacos biológicos presentan una mejoría menor que los pacientes asmáticos.

416. SEGURIDAD Y EFICACIA A LARGO PLAZO DE DUPILUMAB EN PACIENTES CON ASMA MODERADA O GRAVE Y ELEVADO VALOR BASAL DE LOS BIOMARCADORES DE TIPO 2: LIBERTY ASTHMA TRAVERSE

E. Martínez-Moragón¹, M.E. Wechsler², I.D. Pavord³, A. Papi⁴, K.R. Chapman⁵, X. Mao⁶, B. Ortiz⁷, M. Djandji⁸, M. Ruddy⁷, E. Laws⁶, N. Amin⁷, D.J. Lederer⁷ y M. Hardin⁸

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España. ²National Jewish Health, Denver, Estados Unidos. ³Centro de Investigación Biomédica de Oxford y NIHR, Universidad de Oxford, Oxford, Reino Unido. ⁴Unidad de Neumología, Universidad de Ferrara, Hospital Universitario de Sta. Anna, Ferrara, Italia. ⁵Universidad de Toronto, Toronto, Canadá. ⁶Sanofi, Bridgewater, Estados Unidos. ⁷Regeneron Pharmaceuticals, Inc, Tarrytown, Estados Unidos. ⁸Sanofi, Cambridge, Estados Unidos.

Introducción: El dupilumab (DPL), un anticuerpo monoclonal totalmente humano, bloquea el componente compartido del receptor de IL-4/13, principales desencadenantes de la inflamación tipo 2 en varias enfermedades. En QUEST (NCT02414854), los pacientes con asma con inflamación tipo 2 demostraron una respuesta significativa a DPL. TRAVERSE (NCT02134028), un estudio de extensión abierto realizado en pacientes con asma que finalizaron un estudio anterior con DPL, evaluó la seguridad, tolerabilidad y eficacia a largo plazo de DPL añadido al tratamiento de base habitual. Este análisis *post hoc* evaluó la eficacia a largo plazo de DPL en pacientes QUEST con asma de tipo 2 transferidos a TRAVERSE.

Material y métodos: La tasa anualizada de exacerbaciones (TAE) graves, el cambio respecto al valor basal de QUEST del volumen espiratorio forzado en 1 segundo (FEV1) en las semanas 0, 48 y 96 de TRAVERSE, y de las puntuaciones del Cuestionario de control del asma de 5 ítems (ACQ-5) y del Cuestionario de calidad de vida con asma (AQLQ) en las semanas 0 y 48 de TRAVERSE, se analizaron en pacientes con una concentración basal en QUEST de eosinófilos en sangre (Eos) \geq 300, \geq 150 células/ μ l, FeNO \geq 25 ppmm, y Eos \geq 150 células/ μ l o FeNO \geq 25 ppmm.

Resultados: De los 1.902 pacientes de QUEST, 1.530 (80,4%) fueron incluidos en TRAVERSE. Cada subpoblación de tipo 2, con independencia de si se recibió placebo (PBO) o DPL en QUEST, mejoró/mantuvo una baja TAE sin ajustar durante 96 semanas (tabla). Las mejoras del FEV1 pre-BD de QUEST se mantuvieron en TRAVERSE sin una pérdida de efecto del tratamiento en cada subgrupo de tipo 2; también se mantuvieron las mejorías en ACQ-5 y AQLQ (tabla). FEV1, ACQ-5 y AQLQ mejoraron en el grupo PBO/DPL en TRAVERSE, tras iniciar tratamiento con DPL (tabla). En un subgrupo diferente de pacientes que recibieron DPL con una concentración basal de Eos \geq 150 células/ μ l o FeNO \geq 25 ppmm y que finalizaron 3 años de tratamiento en QUEST y TRAVERSE, la TAE se redujo progresivamente: 0,42 en QUEST, 0,31 y 0,23 durante el primer y el segundo año de TRAVERSE, respectivamente.

Conclusiones: El tratamiento con DPL a largo plazo demostró una mejoría sostenida de la función pulmonar, la reducción de exacerbaciones, el control del asma y la calidad de vida en pacientes con asma de tipo 2. La mejoría de la función pulmonar también se observó en los pacientes que cambiaron de PBO a DPL.

Tabla. Resumen de resultados de eficacia en pacientes con inflamación de tipo 2 transferidos del estudio QUEST al estudio LIBERTY ASTHMA TRAVERSE.

| | ≥300 eosinófilos/ μ l en la situación basal del estudio original | | ≥150 eosinófilos/ μ l en la situación basal del estudio original | | FeNO ≥25 p. p. m. m. en la situación basal del estudio original | | ≥150 eosinófilos/ μ l o FeNO ≥25 p. p. m. m. en la situación basal del estudio original | |
|--|--|-------------------------|--|-------------------------|---|-------------------------|---|-------------------------|
| | PBO/DPL n = 240 | DPL/DPL n = 438 | PBO/DPL n = 372 | DPL/DPL n = 714 | PBO/DPL n = 275 | DPL/DPL n = 504 | PBO/DPL n = 423 | DPL/DPL n = 804 |
| TAE sin ajustar durante el período de tratamiento de TRAVERSE | | | | | | | | |
| | 0,309 | 0,281 | 0,344 | 0,301 | 0,288 | 0,225 | 0,334 | 0,291 |
| VEF₁ (L), media (DE) | | | | | | | | |
| SBEO | 1,77 (0,60) | 1,78 (0,62) | 1,78 (0,58) | 1,80 (0,61) | 1,81 (0,60) | 1,80 (0,62) | 1,78 (0,59) | 1,80 (0,62) |
| Variación respecto a la SBEO en la semana 0 | 0,19 (0,42) n = 240 | 0,47 (0,48) n = 436 | 0,19 (0,41) n = 371 | 0,39 (0,48) n = 712 | 0,20 (0,44) n = 274 | 0,45 (0,49) n = 502 | 0,19 (0,41) n = 422 | 0,38 (0,48) n = 801 |
| Variación respecto a la SBEO en la semana 48 | 0,46 (0,43) n = 232 | 0,49 (0,55) n = 400 | 0,40 (0,43) n = 355 | 0,41 (0,54) n = 659 | 0,44 (0,46) n = 261 | 0,49 (0,56) n = 470 | 0,38 (0,44) n = 401 | 0,40 (0,54) n = 748 |
| Variación respecto a la SBEO en la semana 96 | 0,44 (0,44) n = 114 | 0,46 (0,50) n = 196 | 0,38 (0,44) n = 165 | 0,35 (0,48) n = 328 | 0,41 (0,45) n = 125 | 0,42 (0,49) n = 221 | 0,37 (0,44) n = 184 | 0,35 (0,48) n = 363 |
| ACQ-5, media (DE) | | | | | | | | |
| SBEO | 2,80 (0,73) | 2,80 (0,82) | 2,78 (0,76) | 2,77 (0,80) | 2,71 (0,77) | 2,73 (0,79) | 2,75 (0,76) | 2,76 (0,80) |
| Variación respecto a la SBEO en la semana 0 | -1,23 (1,03) n = 235 | -1,74 (1,12) n = 428 | -1,24 (1,02) n = 364 | -1,62 (1,08) n = 692 | -1,22 (1,04) n = 272 | -1,70 (1,04) n = 489 | -1,25 (1,03) n = 414 | -1,62 (1,07) n = 779 |
| Variación respecto a la SBEO en la semana 48 | -1,79 (1,07) n = 231 | -1,89 (1,10) n = 408 | -1,69 (1,09) n = 355 | -1,79 (1,08) n = 666 | -1,73 (1,09) n = 262 | -1,82 (1,03) n = 474 | -1,69 (1,08) n = 401 | -1,77 (1,07) n = 755 |
| AQLQ, media (DE) | | | | | | | | |
| SBEO | 4,19 (0,96) | 4,26 (1,09) | 4,19 (1,02) | 4,28 (1,08) | 4,26 (1,01) | 4,35 (1,07) | 4,21 (1,01) | 4,30 (1,08) |
| Variación respecto a la SBEO en la semana 0 | 1,08 (1,15) n = 227 | 1,53 (1,24) n = 412 | 1,09 (1,14) n = 354 | 1,43 (1,18) n = 665 | 1,09 (1,13) n = 266 | 1,45 (1,12) n = 471 | 1,10 (1,13) n = 403 | 1,41 (1,17) n = 751 |
| Variación respecto a la SBEO en la semana 48 | 1,51 (1,15) n = 222 | 1,59 (1,25) n = 392 | 1,44 (1,20) n = 344 | 1,48 (1,21) n = 635 | 1,50 (1,18) n = 256 | 1,50 (1,16) n = 452 | 1,45 (1,19) n = 389 | 1,46 (1,20) n = 720 |

SBEO, situación basal en el estudio original; DE = desviación estándar; semanas (0, 48, 96) de TRAVERSE.

265. SEGURIDAD Y EFICACIA INTEGRADA DE BENRALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE CON SEGUIMIENTO HASTA 5 AÑOS

B. García Cosío¹, A. Bourdin², S. Korn³, G. Chupp⁴, D. Arbetter⁵, M. Shah⁶ y E. García Gil⁷

¹Hospital Universitario Son Espases-IdISBa, Palma de Mallorca, España. ²Université de Montpellier, Montpellier, Francia. ³Thoraxklinik Heidelberg and IKF Pneumologie, Mainz, Alemania. ⁴Yale University, New Haven, Connecticut, Estados Unidos. ⁵AstraZeneca, Massachusetts, Estados Unidos. ⁶AstraZeneca, Gaithersburg, Estados Unidos. ⁷AstraZeneca, Barcelona, España.

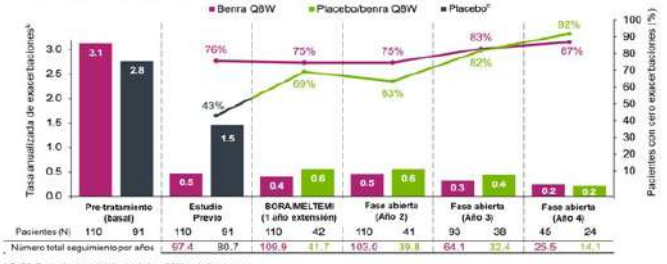
Introducción: El benralizumab es un anticuerpo monoclonal contra el receptor interleucina-5 indicado para pacientes con asma grave eosinofílica. Presentamos resultados en pacientes que han recibido benralizumab hasta cinco años.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes adultos con asma tratados con dosis media-alta de ICS/LABA que completaron previamente alguno de los tres estudios pivotaes de benralizumab (SIROCCO, CALIMA, ZONDA), continuando en el BORA ≥ 16 y < 40 semanas y que avanzaron al estudio de extensión abierto MELTEMI. En los 3 estudios iniciales los pacientes recibieron placebo o benralizumab 30 mg SC cada 4 (Q4W) u 8 semanas (Q8W). En BORA, los pacientes que previamente recibieron placebo fueron aleatorizados a benralizumab Q4W o Q8W y continuaron la misma pauta en MELTEMI. Presentamos los resultados de eficacia para pacientes con recuento de eosinófilos en sangre (bEOS) ≥ 300/ μ L y dosis altas de ICS (bEOS ≥ 300/ μ L HD ICS) y resto de los resultados para la población general.

Resultados: El conjunto del análisis de MELTEMI incluye 446 pacientes: N = 150 y N = 159 que recibieron respectivamente benralizumab Q4W o Q8W a lo largo del tratamiento y N = 137 que recibieron placebo en estudios predecesores y aleatorizados en BORA a benralizumab Q4W (placebo/Q4W, N = 70) o Q8W (pbo/Q8W, N = 67). El subconjunto bEOS ≥ 300/ μ L HD ICS incluyó 306 pacientes: N = 105

(Q4W), N = 110 (Q8W), N = 49 (pbo/Q4W) y N = 42 (pbo/Q8W). Las características basales eran similares entre los grupos. El tiempo de exposición media (SD) a benralizumab fue 3,9 (0,9); 3,7 (0,9); 3,0 (0,9) y 3,1 (0,8) años, respectivamente para Q4W, Q8W, pbo/Q4W y pbo/Q8W. El 16% del conjunto Q4W y Q8W recibió benralizumab durante ≥ 5 años. En pacientes bEOS ≥ 300/ μ L HD ICS de benralizumab Q8W, la tasa anualizada de exacerbaciones disminuyó (0,5 a 0,2 exacerbación/año) y el porcentaje de pacientes con cero exacerbaciones aumentó de 76% al 87% a lo largo del período (fig.), con resultados similares para los pacientes de benralizumab Q4W. No hubo diferencias en acontecimientos adversos, tanto graves como los que condujeron a interrupción del tratamiento. Las tasas de infección graves, hipersensibilidad, inmunogenicidad y malignidad fueron bajas y similares en todos los grupos.

Tasa anualizada de exacerbaciones y pacientes con cero exacerbaciones a lo largo del tiempo (eosinófilos en sangre basal ≥ 300 μ L/HD ICS*)



HD ICS: Dosis alta de corticoides inhalados. Q8W, cada 8 semanas. *Según la GINA, HD ICS se define como dosis equivalente diaria de fluticasona >300 μ g. †Tasa anualizada de exacerbaciones se define como 355.25 x número total de exacerbaciones/suavidad total de tratamiento en el seguimiento dentro del grupo de tratamiento (días). ‡Placebo incluye 1045 pacientes en placebo/benra Q4W y 1042 en placebo/benra Q8W durante los periodos de extensión y fase abierta.

Conclusiones: El benralizumab fue bien tolerado y el perfil de seguridad a largo plazo fue consistente con los estudios previos fase 3. Se mantuvo una baja tasa de exacerbaciones durante todo el tratamiento. No hubo nuevos hallazgos de seguridad, neoplasias malignas, hipersensibilidad o infecciones oportunistas.

330. SERIE DE PACIENTES CON ASPERGILOSIS BRONCOPULMONAR ALÉRGICA TRATADOS CON ÉXITO CON OMALIZUMAB Y ANTI-IL5

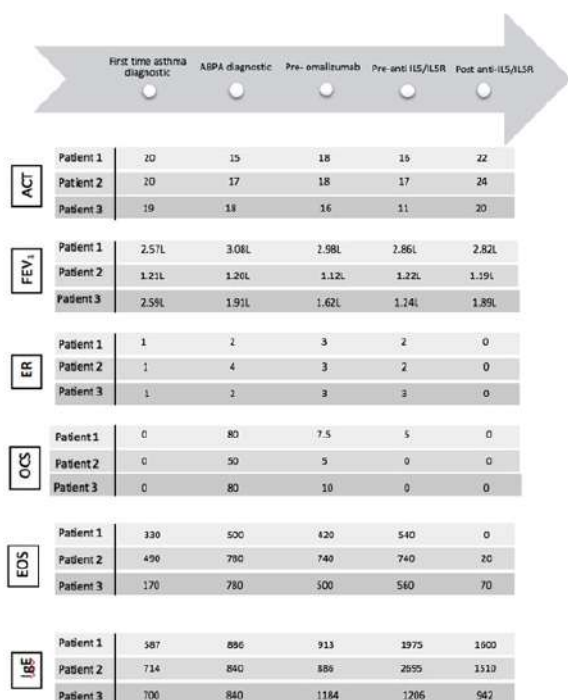
D. Laorden Escudero, E. Zamarrón de Lucas, J. Domínguez Ortega, D. Romero Ribate, P. Barranco Sanz, E. Villamañán Bueno, J. Fernández Lahera, J.A. Luna Porta, J. Contreras Porta, C. Villasante Fernández, S. Quirce Gancedo y R. Álvarez-Sala Walther Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción: La aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA) es considerada una respuesta inflamatoria T2 a las esporas de *Aspergillus fumigatus* (AF) que complica hasta el 2,5% de la población asmática. En su fisiopatología intervienen la respuesta inflamatoria T2 con características de la respuesta innata y adaptativa. La activación de la vía adaptativa a través de los antígenos fúngicos, que generan el cambio de linfocitos T vírgenes en linfocitos Th2, estos producen las interleucinas (IL) 4 y 5. La IL4 genera el cambio de isotipo de células B secretando inmunoglobulina E (IgE). Esta vía activa los eosinófilos, basófilos y mastocitos. La vía innata se activa a través del ataque a través de las proteasas del hongo, que genera alarminas y activan las células linfoides innatas tipo 2 (ILC2) que generan IL5 e IL13, que a su vez estimulan los eosinófilos.

Material y métodos: Se trata de un análisis retrospectivo de tres pacientes que sufren asma grave no controlado y ABPA refractarios a tratamiento con corticosteroides a dosis de 1 mg/kg/día e itraconazol 200 mg. En todos ellos, tras la ausencia de respuesta al tratamiento de primera línea se inició el tratamiento con omalizumab a dosis máximas cada dos semanas. La respuesta fue favorable inicialmente

durante un período entre cinco y diez años en todos los casos. Sin embargo, tras este periodo los pacientes sufrieron empeoramiento parcial de su enfermedad. Ante la sospecha del agotamiento de la vía alérgica y reconducción de su enfermedad por la vía eosinofílica, se añadió otro biológico anti-IL5/anti-IL5R al omalizumab. Este doble tratamiento aportó ventajas para combatir la enfermedad desde dos dianas biológicas, la IgE e IL5, atacando al mismo tiempo la vía innata y adaptativa.

Resultados: En dos de los pacientes se realizó una reducción de dosis de omalizumab al año de comenzar el anti-IL5/anti-IL5R con buena tolerancia del paciente y ausencia de exacerbaciones tras seis meses de seguimiento (fig.).



Conclusiones: La buena evolución de estos tres casos clínicos sugiere que la asociación de un anti-IL5/anti-IL5R al omalizumab en ABPA con síntomas no controlados pueden mejorar el control de su enfermedad debido al doble bloqueo de los mecanismos de la inmunidad innata y adaptativa.

En el diseño de la base de datos de asma grave no controlada ha participado con financiación parcial el laboratorio GlaxoSmithKline.

228. TRATAMIENTO CON OMALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE FENOTIPO T2 ALÉRGICO: NUESTRA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

A. Sanz Cabrera¹, J.C. Serrano Rebollo¹, M.C. García García², J. Hernández Borge² y F.L. Márquez Pérez²

¹Hospital Llerena-Zafra, Llerena, España. ²Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España.

Introducción: El omalizumab es un Ac monoclonal humanizado con capacidad para bloquear la IgE, indicado como tratamiento en pacientes con AGNC fenotipo T2 alérgico con exacerbaciones frecuentes y función pulmonar reducida, a pesar de recibir un tratamiento de mantenimiento ajustado a su nivel de gravedad. El objetivo de este trabajo consiste en estudiar las características de una serie de pacientes asmáticos tratados con omalizumab y evaluar la respuesta al tratamiento.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 21 pacientes con asma grave fenotipo T2 alérgico en tratamiento con omalizumab, en seguimiento desde nuestras consultas. Se registraron variables sociodemográficas, características clínicas, comorbilidades, datos analíticos y de función pulmonar, tratamiento realizado, así como grado de control del asma en base al cuestionario ACT, número de agudizaciones, respuesta al tratamiento con omalizumab y reacciones adversas al fármaco, entre otros.

Resultados: La edad media de nuestros pacientes es de 54 años. El 42,7% son mujeres. Casi un 44% tienen antecedentes de tabaquismo (4,8% fumadores activos y el 38,1% ex-fumadores). Otras comorbilidades prevalentes son la obesidad y el SAHS, ambas presentes hasta en un 38,1% de los pacientes, seguidas de la HTA (33,3%), síndrome ansioso depresivo (28,6%) y ERGE (14,3%). La cifra media de IgE total es de 377, con un recuento medio de eosinófilos en sangre periférica de 341 antes del inicio de tratamiento, presentando un 52% de los pacientes, sensibilización a varios neuroalergenos. La puntuación del ACT y el número de agudizaciones antes de iniciar omalizumab fue de 9,9 y 5,29, respectivamente. El valor medio del FEV1 es del 72%. Todos los pacientes realizaban tratamiento con LABA/GCI a altas dosis, anticolinérgico, montelukast, así como antihistamínicos. El 62% realizaba además, tratamiento con corticoides orales. Tras inicio de omalizumab, la media de agudizaciones anuales se redujo a 0,67, objetivándose una puntuación media en el ACT de 22,5 y consiguiéndose el cese de corticoides hasta en el 84,6% de los pacientes. No se objetivaron RAMS reseñables relacionadas con la administración del fármaco.

Conclusiones: Nuestros pacientes con asma grave fenotipo T2 alérgico, presentaron, tras inicio de tratamiento con omalizumab, un mejor control de sintomatología asmática, mejor función pulmonar, reducción significativa en número de agudizaciones y en definitiva, una mejora en su calidad de vida.

82. USO DE LA ESCALA FEOS EN LA EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BENRALIZUMAB

M. Acosta Dávila, L. Dahmazi Dahmazi, A. Álvarez Brito, S. Calvache Castillo y E. Martínez Moragón

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

Introducción: Recientemente se ha publicado la escala FEOS (FEV1, exacerbaciones, corticoides orales y síntomas) para evaluar de forma objetiva la respuesta al tratamiento con biológicos en pacientes con asma grave. La mejoría esperable en esta escala depende de la situación basal del paciente: Grupo A (100 puntos): obstrucción, > 2 exacerbaciones graves el año previo y corticodependencia; Grupo B (73 pts): corticodependientes sin exacerbaciones graves; Grupo C (76 pts): > 2 exacerbaciones graves sin corticodependencia; y Grupo D (49 pts): obstrucción y ACT < 20 sin exacerbaciones graves ni corticodependencia.

Material y métodos: Hemos aplicado la escala FEOS al año de añadir benralizumab al tratamiento en una serie de pacientes adultos con asma grave eosinofílica.

Resultados: Se han incluido 20 pacientes: 12 mujeres, edad media de 58 años (35-78). Había 6 pacientes en el grupo A, 2 pacientes en el B, 9 pacientes en el C y 3 pacientes en el D. El porcentaje de mejoría obtenida respecto a la esperable osciló entre 69-100%, con media de 92 ± 10 -solo un paciente mejoró menos del 75%, consideramos que no respondió al tratamiento y se suspendió-. El 100% de la mejoría esperable al año se obtuvo en 11 casos que fueron el 50% de los del grupo A y B, el 66% de los del grupo C y el 33% del grupo D.

Conclusiones: Aunque requiere validación y establecer el punto de corte para definir fracaso terapéutico, la escala FEOS resulta útil y sencilla para cuantificar de forma objetiva la respuesta al tratamiento. En nuestra muestra hemos apreciado que la mayoría de pacientes en

los cuales indicamos el fármaco se encuentran en el grupo C, y además son los que muestran mayor porcentaje de mejoría completa.

42. UTILIDAD DE LAS CONSULTAS NO PRESENCIALES DE NEUMOLOGÍA EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES ASMÁTICOS DURANTE LA 2ª Y 3ª OLA DE LA PANDEMIA COVID-19

M.R. Bartol Sánchez¹, M.A. Hernández Mezquita^{1,2}, J. Martín Puentes³, R. Cordovilla Pérez^{1,2}, M. Iglesias Heras¹, J.M. González Ruiz^{1,2}, J.J. Rausedo López¹, L. Gil Pintor¹ y J. Ramos González^{1,2}

¹Servicio de Neumología, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España. ²Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, España. ³Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACYL), Salamanca, España.

Introducción: Ante la situación actual derivada de la pandemia por la enfermedad por SARS-CoV-2, el Servicio de Neumología del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca y la Gerencia de Atención Primaria (AP) del Área de Salud de Salamanca, pusieron en marcha las consultas no presenciales (CNP) de Neumología, como herramienta de apoyo a los médicos de AP en un contexto en el que no resultaba posible la atención presencial especializada. En esta modalidad de consulta solo se dispone de la información aportada por el médico de familia y la recogida en los registros informatizados del complejo asistencial y, a diferencia de las consultas telemáticas, los pacientes no estaban accesibles de forma remota para su anamnesis. **Objetivos:** el objetivo de esta comunicación es valorar la tasa de CNP resueltas en un acto único (alta resolución) y la utilidad de estas en los pacientes asmáticos para reducir el número de consultas presenciales (CP).

Material y métodos: Se recogieron la edad, género, datos de filiación, antecedentes clínicos, motivos de consulta y actitud a seguir con el paciente, a partir de los registros de CNP de neumología de 202 pacientes consecutivos valorados entre junio de 2020 y marzo de 2021. Los datos se consignaron en una hoja de cálculo Excel y se analizaron posteriormente con el programa SPSS Statistics v.20.

Resultados: De los 202 pacientes incluidos en el análisis, en 48 casos (23,8% del total) el problema fue resuelto y recibieron el alta en esa misma CNP sin necesidad de CP o pruebas diagnósticas (fig. 1). En los pacientes asmáticos, de un total de 37 consultas, 8 fueron resueltas

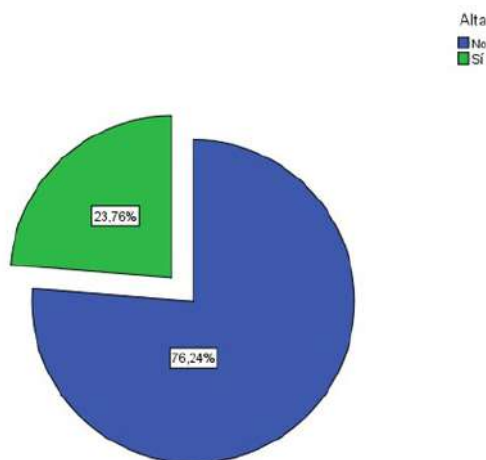


Figura 1. Representación de los porcentajes las consultas no presenciales de neumología (CNP) que fueron resueltas tras la primera valoración y de los que requirieron nuevas pruebas diagnósticas y/o valoración en consultas presenciales (CP) de neumología.

en esa misma CNP y de los 29 restantes, 28 fueron citados posteriormente para una CP y uno para una nueva CNP. Además, en esta consulta se han tramitado las pruebas complementarias necesarias para un total de 21 pacientes, que han acudido a la CP ya con los resultados de dichas pruebas (fig. 2).

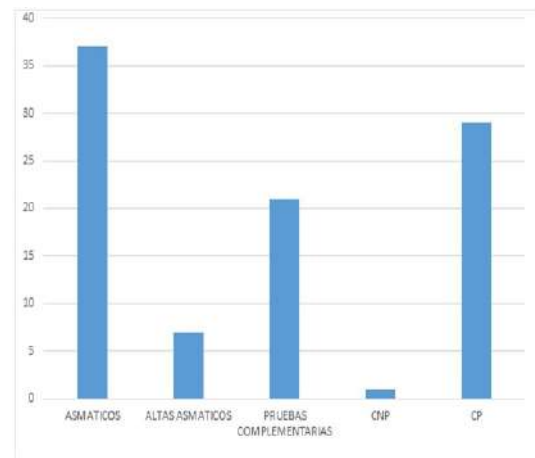


Figura 2. Representación del número de pacientes de asma de la CNP de neumología en función de la resolución de la consulta. Se observa que más del 20% se resuelven sin necesidad de CP ni de pruebas complementarias y que la mayoría de los que son derivados a una CP pueden acudir a ella con las pruebas complementarias ya realizadas.

Conclusiones: La CNP de Neumología ha logrado resolver más del 23% de las consultas sin necesidad de CP y, en el caso particular del asma bronquial más del 20%. Además, en el caso de los pacientes asmáticos, la mayoría de los que han requerido una CP han podido acudir a la misma con las pruebas complementarias ya realizadas, contribuyendo de este modo a optimizar los recursos y a reducir las CP de unas agendas ya saturadas. Esto pone de manifiesto la necesidad de buscar oportunidades de mejora en los procesos asistenciales de las consultas externas.

621. VALOR BASAL DE LA FRACCIÓN EXHALADA DE ÓXIDO NÍTRICO COMO FACTOR PRONÓSTICO DE RESPUESTA A DUPILUMAB EN PACIENTES CON ASMA MODERADA O GRAVE NO CONTROLADA

F.J. González-Barcala¹, I.D. Pavord², W.W. Busse³, J. Corren⁴, T.B. Casale⁵, J.M. Fitzgerald⁶, N. Daizadeh⁷, B. Ortiz⁸, R.R. Johnson⁹, S. Harel⁸, M. Djandji⁷, P.J. Rowe⁹ e Y. Deniz⁸

¹Neumología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela-Grupo de Investigación TRIAD, Santiago de Compostela, España. ²Centro de Investigación Biomédica de Oxford y NIHR, Universidad de Oxford, Oxford, Reino Unido. ³Alergología, Neumología y Medicina intensiva de la UW, Facultad de Medicina y Salud Pública de la Universidad de Wisconsin, Madison, Estados Unidos. ⁴Facultad de Medicina David Geffen de UCLA, Los Angeles, Estados Unidos. ⁵Universidad de Florida del Sur, Tampa, Estados Unidos. ⁶Universidad de la Columbia Británica, Vancouver, Canadá. ⁷Sanofi, Cambridge, Estados Unidos. ⁸Regeneron Pharmaceuticals, Inc, Tarrytown, Estados Unidos. ⁹Sanofi, Bridgewater, Estados Unidos.

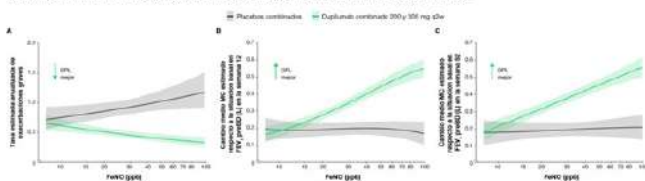
Introducción: La fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO) es un biomarcador clínico de inflamación de las vías respiratorias mediada por IL 4/13. El dupilumab (DPL), un anticuerpo monoclonal totalmente humano, bloquea el componente compartido del receptor de IL-4/13, principales desencadenantes de la inflamación tipo 2 en varias enfermedades. En QUEST (NCT02414854), la administración adyuvante de

200/300 mg de DPL cada 2 semanas vs. placebo (PBO) redujo las exacerbaciones asmáticas graves, mejoró el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) prebroncodilatador (BD) y en general fue bien tolerado. Este análisis *post hoc* evaluó la concentración basal de FeNO como factor pronóstico de la respuesta a DPL.

Material y métodos: Se analizó la tasa anual de exacerbaciones (TAE) durante las 52 semanas de tratamiento y el cambio respecto al valor basal del FEV1 preBD en las semanas 12 y 52 en función de la concentración basal de FeNO en la población global, teniendo en cuenta la concentración basal de eosinófilos en sangre (Eos) y otras características clínicas. La TAE (modelo binomial negativo) y el FEV1 (modelo mixto para variables repetidas) también se analizaron en subgrupos de pacientes con concentración basal de FeNO ($< \geq 25$ ppb) y Eos ≥ 150 células/ μ l.

Resultados: El efecto del tratamiento con DPL en la reducción de la TAE y la mejora del FEV1 preBD en las semanas 12 y 52 aumentó con el incremento del FeNO basal (fig.). La magnitud de la reducción de la TAE y de la mejora del FEV1 con DPL vs. PBO fue significativamente superior en los pacientes con una concentración de FeNO ≥ 25 ppb que en aquellos con una concentración < 25 ppb (interacción por subgrupo; $p < 0,0001$). En los pacientes con una concentración basal de Eos ≥ 150 células/ μ l, DPL redujo de manera significativa la TAE en un 40,3% en los pacientes con FeNO < 25 ppb y un 66,7% en los pacientes con FeNO ≥ 25 ppb ($p < 0,001$ en ambos). El FEV1 preBD en pacientes con una concentración basal de Eos ≥ 150 células/ μ l mejoró significativamente en los pacientes con FeNO ≥ 25 ppb en la semana 12 (0,26 l, $p < 0,0001$) y en la semana 52 (0,29 l; $p < 0,001$). También se observó una mejoría significativa en los pacientes con FeNO < 25 ppb en la semana 52 (0,08 l; $p < 0,05$), pero no en la 12 (0,03 l; $p = 0,32$).

Figura. Resultados de eficacia en función del nivel basal de FeNO según un modelo de splines, población global: (A) TAE durante el periodo de tratamiento de 52 semanas y cambio medio de los LAC respecto al nivel basal del FEV1 preBD (B) en (B) la semana 12 y (C) la semana 52.



Nota: las líneas representan estimaciones puntuales y las líneas sombreadas su correspondencia con el CI del 95%. En el eje X se han considerado por debajo del nivel de FeNO basal y otros niveles. (A) Derivado mediante el uso de un modelo de splines de aproximación lineal no paramétrica, con el supuesto de que las exacerbaciones graves ocurren de forma aleatoria y que la probabilidad de una exacerbación grave aumenta al aumentar el nivel de FeNO. (B) Derivado mediante el uso de un modelo de splines de aproximación lineal no paramétrica, con el supuesto de que el cambio en el nivel de FeNO preBD en la semana 12 es una función lineal del nivel de FeNO basal. (C) Derivado mediante el uso de un modelo de splines de aproximación lineal no paramétrica, con el supuesto de que el cambio en el nivel de FeNO preBD en la semana 52 es una función lineal del nivel de FeNO basal. (D) Derivado mediante el uso de un modelo de splines de aproximación lineal no paramétrica, con el supuesto de que el cambio en el nivel de FeNO preBD en la semana 52 es una función lineal del nivel de FeNO basal.

Conclusiones: Una concentración mayor de FeNO predijo una mayor reducción de la TAE y una mejoría de la función pulmonar en los pacientes tratados con DPL.

503. VALORACIÓN DEL CONTROL DEL ASMA TRAS UN AÑO CON BENRALIZUMAB

M.J. Sepúlveda Gisbert, M. Gil Pradas, N. Beltrán Sampayo, S. Reino Gelardo, M. Palop Cervera, A. Lloris Bayo, A. Saura Vinuesa y J. Pinel Rosario

Hospital de Sagunto, Sagunto, España.

Introducción: Conocer el beneficio clínico del benralizumab en pacientes con asma grave durante al menos un año.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y longitudinal donde se valora la respuesta al benralizumab tras un año de tratamiento. Se incluyeron 19 pacientes y se analizaron las diferencias entre las siguientes variables: test ACT, número de eosinófilos, pruebas de función respiratoria, exacerbaciones graves (hospitalizaciones y visitas urgencias sin ingreso) y dosis de corticoide inhalado, antes y después del tratamiento con benralizumab, al menos durante

12 meses. Se empleó la t de Student para muestras apareadas, usando el software IBM® SPSS® Statistic versión 25.

Resultados: De los resultados obtenidos, el 58% eran mujeres con una media de edad de 56 ± 9 años. El 32% de los pacientes tenían sensibilización alérgica. Después del tratamiento con benralizumab, la media de eosinófilos en sangre periférica fue de 0 ± 0 ($p = 0,00$). La media de percepción de enfermedad evaluada mediante el test ACT fue de $23 \pm 1,8$ ($p = 0,012$). En cuanto a la función pulmonar, se obtuvo una FEV1 pre-broncodilatación de $2,7 \pm 0,9$ litros ($p = 0,117$) y tras la administración del agente broncodilatador $2,3 \pm 0,6$ litros ($p = 0,11$). La dosis de corticoide inhalado fue de 875 ± 417 μ g ($p = 0,723$), y el número de exacerbaciones mejoró considerablemente, con una media de $0,47 \pm 0,96$ ($p = 0,01$) tras el tratamiento.

Conclusiones: Aquellos pacientes que son tratados con benralizumab presentan menor número de agudizaciones graves, así como una mejora subjetiva del control del asma. En cambio, la dosis de corticoides inhalados no se ha reducido, a pesar del agente biológico. Respecto a la función pulmonar, no se encontraron diferencias valorables.

CIRCULACIÓN PULMONAR

586. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS

I. Socorro Ávila, H. Galván Fernández, S. Osorio Robaina, C. Santamaría Valencia, D. Linares Buitrago, E. García Padrones, D. Guerrero Arrate, J.M. Valencia Gallardo, F. Rodríguez de Castro y B.J. Hurtado Ruiz

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) representa un problema sanitario de primer orden, siendo la tercera causa de muerte cardiovascular más frecuente. El tratamiento trombolítico va dirigido fundamentalmente a pacientes con TEP de riesgo alto, generando controversia en aquellos casos con disfunción ventricular derecha y elevación de biomarcadores cardíacos, pero sin hipotensión arterial significativa.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de TEP con criterios de vigilancia en Unidad de Críticos del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, durante el periodo 2014-2020. Se han analizado variables epidemiológicas, clínicas, analíticas y radiológicas, así como resultados terapéuticos.

Resultados: El tamaño muestral fue de 91 pacientes (edad media $61,7 \pm 17,4$ años; 38 hombres y 53 mujeres). Principales comorbilidades asociadas: 60% hipertensión arterial, 46,7% dislipemia, 33,3% obesidad, 25,6% diabetes. ETEV previa en 18,9%, neoplasia activa en 11,1% y toma de anticoncepción hormonal combinada en 11%. Disnea fue el síntoma mayoritario (85,6%), seguido de dolor torácico (43,3%) y síncope (41%). 11% de los pacientes llegó en parada cardiorrespiratoria (PCR). Respecto a biomarcadores cardíacos, 90% presentó niveles de troponina T > 14 ng/mL y 60,9% ProBNP > 1.000 pg/mL. En el electrocardiograma, 67% presentó taquicardia sinusal, 37,5% SIQ3T3 y 19% T negativas V1-V3. Se realizó ecocardiograma de urgencias a 71 pacientes (78%); en 63,4% se evidenció TAPSE < 16 mm, VD dilatado en 81,3% y signo McConnell en 13,8%. Recibieron fibrinólisis 42 pacientes