



Comunicaciones

56.^º Congreso de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)

Granada, 8-10 de junio de 2023

ASMA

194. ADHERENCIA Y CONTROL DEL ASMA MODERADO MEDIANTE UNA DOSIS ÚNICA DE UNA COMBINACIÓN DE INDACATEROL/FUROATO DE MOMETASONA EN POLVO SECO

María Hernández Padilla, Ignacio Boira Enrique, Lía Maestre Puerto, Ana Pulido Sánchez, Violeta Esteban Ronda, Ali Dorgham Hatoum, Carmen Castelló Faus, Cristina Senent Español, Anastasiya Torba Kordyukova, Eusebi Chiner Vives y Esther Pastor Esplá

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

Introducción: La polimedición y los tratamientos complejos inciden negativamente en la adherencia a la medicación y en el control del asma. Estudios recientes han demostrado la eficacia de una dosis diaria y en un único inhalador de indacaterol y furoato de mometasona 125/127 µg (Bemrist[®]) en el asma moderado.

Material y métodos: Estudio observacional y prospectivo en el que se incluyen pacientes adultos con diagnóstico de asma mal controlado a los que se les prescribió una dosis única diaria de una combinación de indacaterol y furoato de mometasona 125/127 µg en un dispositivo en polvo seco (Bemrist[®]), tras una exacerbación grave que requirió ingreso hospitalario. El tratamiento previo de los pacientes incluía B2-adrenérgicos a demanda con/sin otra combinación LABA/corticoide inhalado. Tras adiestramiento previo por parte de enfermería, se analizaron los cambios, entre el basal y a los 6 meses de inicio del tratamiento, en el cumplimiento mediante el TAI, síntomas, función pulmonar y control del asma mediante los cuestionarios ACT, ACQ, escala visual analógica (VAS) y se registraron las preferencias con el dispositivo.

Resultados: Se analizaron 50 pacientes, 32 mujeres (64%), con una edad media de 56 ± 17 años, con IMC 28,3 ± 6 kg/m². Comparando basal y tras tratamiento se observaron diferencias significativas con mejoría a los 6 meses en FEV1 (83 ± 19 vs. 90 ± 18,7, p < 0,001), FVC (92,3 ± 16,1 vs. 95 ± 15,6, p < 0,05), ACT (14,4 ± 2,55 vs. 21,26 ± 2,6, p < 0,001), ACQ (2,9 ± 0,7 vs. 1,4 ± 0,6, p < 0,001) y VAS (6,5 ± 1,4 vs. 2,6 ± 0,9, p < 0,001). Respecto al TAI, hubo diferencias significativas en la puntuación total (43 ± 3 vs. 49 ± 2, p < 0,001), incumplimiento errático (96 vs. 52%, p < 0,001), incumplimiento deliberado (96 vs. 32%, p < 0,001), incumplimiento inconsciente (80 vs. 28%, p < 0,001) pre-

sentando mayor grado de adherencia. El 50% de los pacientes refirieron preferencia alta respecto al inhalador previo y el 48% preferencia media.

Conclusiones: Bemrist es un tratamiento de mantenimiento eficaz en asma moderado mal controlado, mejorando significativamente la función pulmonar, el control del asma y el grado de adherencia al tratamiento al disminuir el incumplimiento errático, deliberado e inconsciente.

243. ANÁLISIS DEL FENOTIPO EN PLASMA FRENTÉ A ESPUTO INDUCIDO EN PACIENTES CON ASMA GRAVE

Laura Martín Biel, María Agudo Agudo, David Sanz Rubio, Isabel Jiménez Gonzalo, Cristina Alexandra Romero Espinosa, Sergio Alarcón Sisamón, Jorge Rodríguez Sanz, Manuel David Viñuales Aranda, Jose Pablo Cubero Marín, Jose María Marín Trigo, Cristina de Diego Ramos, Patricia Bayod Carbo, Sonia Zúñiga Quílez, Nuria Bernad Serrano y Elisabet Vera Solsona

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

Introducción: El asma es una enfermedad obstructiva de elevada prevalencia y de origen multifactorial, cuyos mecanismos fisiopatológicos todavía no se conocen con exactitud. Existe un grupo que presenta asma grave no controlada (AGNC) que supone un reto en la práctica clínica. Para facilitar el manejo, los pacientes se clasifican en fenotipos basados en variables analíticas en sangre y esputo inducido (EI). Buscamos evaluar la relación del recuento de eosinófilos y neutrófilos en plasma y EI en sujetos control y pacientes.

Material y métodos: Los pacientes incluidos en este estudio (22 AGNC T2 y 11 AGNC no T2) procedían de la Consulta de Asma Grave del Hospital Universitario Miguel Servet. Además, se reclutaron 27 sujetos sanos. Todos los individuos fueron sometidos a las mismas pruebas, incluyendo anamnesis, espirometría, analítica de sangre y EI. Se definió eosinofilia en plasma al recuento mayor de 300 eosinófilos y neutrófilia al recuento mayor de 7.500 neutrófilos. En el recuento diferencia de EI se definió eosinofilia a más del 3% de eosinófilos y neutrófilia a más del 61% de neutrófilos.

Resultados: El conjunto de la muestra tenía una edad media de 51 años, con una distribución de 73,3% de mujeres y un índice de masa corporal de 26 Kg/m². El análisis de eosinófilos (tabla 1) mostró que todo el grupo AGNC T2 presentaba algún tipo de eosinofilia, aunque un 33% mostraron discordancia entre plasma y EI. Además, has-

Plasma/Esputo Eosinófilos	Controles (n=27)	Asma T2 (n=22)	Asma No-T2 (n=11)
-/-	67%	/	86%
+/-	4%	5%	/
-/+	25%	28%	14%
+/*	4%	61%	/

Tabla 1. Comunicación 243. Análisis descriptivo de la muestra según el perfil eosinofílico en plasma y El. (+: presencia de eosinofilia; -: ausencia de eosinofilia).

Plasma/Esputo Neutrófilos	Controles (n=27)		Asma T2 (n=22)		Asma No-T2 (n=11)	
	Criterio de neutrófilia en El	> 61%	> 40%	> 61%	> 40%	> 61%
-/-	66%	45%	73%	41%	67%	44%
+/-	/	/	9%	5%	/	/
-/+	34%	55%	13%	45%	33%	56%
+/*	/	/	5%	9%	/	/

Tabla 2. Comunicación 243. Análisis descriptivo de la muestra según el perfil neutrófílico en plasma y El, usando como criterio de neutrófilia en El el 61%, frente al 40%. (+: presencia de neutrófilia; -: ausencia de neutrófilia).

ta un 33% de los controles presentaban alguna forma de eosinofilia, aunque solo un 4% se presentó en plasma y El. En los 3 grupos, la muestra de El era la que presentaba niveles elevados de eosinófilos en un mayor porcentaje. En los neutrófilos (tabla 2), considerando los criterios de Simpson, apenas había neutrófilia en sangre ni en El (66%, 73% y 67%). En este caso, la neutrófilia en El se observa en el 34% de controles y 33% de asmáticos no T2, sin embargo, casi no se encuentran niveles elevados de neutrófilos en plasma. Por otro lado, los porcentajes observados sufrieron un cambio drástico al aplicar la definición clásica de neutrófilia en El (> 40%).

Conclusiones: Las definiciones actuales de neutrófilia deben fijar un criterio único de los niveles patológicos en El. Es necesario reevaluar la relación entre los niveles en plasma y El, así como su aplicación como marcador fenotípico del asma. Los eosinófilos son un marcador consistente para el asma T2, aunque difieren entre plasma y El. Por ello es necesario explorar nuevos biomarcadores que permitan una mayor precisión en la descripción de estos pacientes.

entre otros parámetros clínicos, funcionales e inflamatorios, el nivel de adherencia inicial y al final del seguimiento de la gestante. En la programación de la consulta, se llevan a cabo aspectos educacionales sobre la enfermedad, la importancia del control durante la gestación y la técnica inhalatoria correcta.

Resultados: Se incluyeron un total de 140 asmáticas gestantes, derivadas en un 78% desde Obstetricia, 12% desde consulta de AP y 10% desde urgencias del hospital. Se analizaron los datos del test al inicio y al final del seguimiento. Edad media de 32,85 años (17-45), 93% con asma desde la infancia y 89% atópico y niveles medios de eosinofilia en torno a 265,8/ μ L (\pm 198). Según clasificación por nivel de gravedad, 29% presentaban asma de carácter intermitente, 37% persistente leve y 34% persistente moderada/grave. Se observaron diferencias significativas en la adhesión al tratamiento entre la primera y segunda visita con p-valor 0,028, donde se observó que la mala adhesión pasó de 48,1% en la visita 1 a 29,6% en la visita 2, así mismo la buena adhesión pasó de 22,2% en visita 1 a 40,7% en la visita 2.

Adhesión a inhaladores	Tiempo de evaluación		p-valor
	Visita 1 (%)	Visita 2 (%)	
Buena adhesión	22,2	40,7	
Adhesión intermedia	29,6	29,6	
Mala adhesión	48,1	29,6	0,028

Tabla 1. Adhesión a inhaladores (TAI 10 ítems)
Nota: basada en la prueba de McNemar

Figura 1. Comunicación 741. Adhesión a inhaladores (TAI 10 ítems) Nota: basada en la prueba de McNemar.

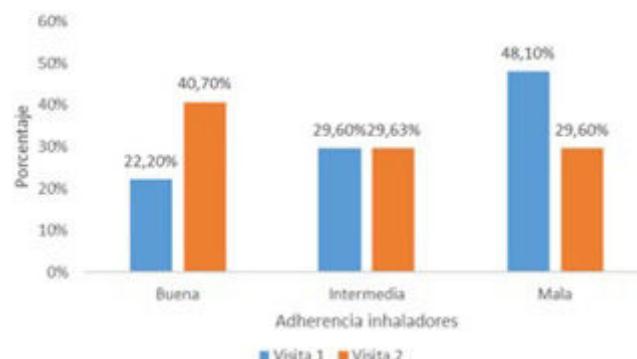


Figura 2. Comunicación 741. Adherencia a inhaladores en ambas visitas.

Conclusiones: La consulta monográfica de asma y embarazo consigue mejorar la adherencia a corticoides inhalados que puede ser objetivado de forma sencilla mediante el cuestionario TAI.

754. APLICACIÓN DE LA ESCALA EXACTO PARA EVALUAR LA RESPUESTA TEMPRANA A BENRALIZUMAB EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA

Francisco Casas Maldonado, Luis Cassini Gómez de Cádiz,

Natalia Calvente Vera, Pilar Barragán Reyes y Pablo Gámez Baeza

Hospital Universitario Clínico 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 (AGNC). En el AG se han podido identificar diferentes fenotipos/endotipos que ha permitido realizar un tratamiento personalizado con anticuerpos monoclonales (mAb). Para evaluar la respuesta al tratamiento con mAb en pacientes con AGNC evaluamos la reducción de los glucocorticosteroides sistémicos (GCS), exacerbaciones, control de síntomas y la función pulmonar. EXACTO es una escala multidimensional que permite evaluar y categorizar la respuesta de un paciente con AGNC al tratamiento con un mAb (completa, buena, parcial y no respuesta) y definir a los superrespondedores en asma (respuesta completa). El objetivo es evaluar la respuesta mediante la escala exacto en una cohorte de pacientes tratados con benralizumab.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 23 sujetos con AGNC tratados con benralizumab según práctica clínica habitual, para evaluar la respuesta a las 16 semanas mediante la escala EXACTO.

	Estadísticas descriptivas				
	Nº	Mínimo	Máximo	Media	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estandarizado
EDAD	23	24,4	82,4	40,713	2,9207
IMC	23	21,4	35,0	28,220	,8492
IPA	10	1	70	23,50	8,291
DOSISGCOV0	6	10,0	30,0	17,500	4,0311
NUMAGUD0	23	1	6	3,39	,224
NUMCICLOSGCOV0	23	0	7	2,96	,184
IgEVf1	23	20,0	574,0	173,926	32,4342
EOSf1	23	110	3600	880,43	141,718
FVCf1M1	23	1420	4670	2396,96	162,484
FVCf1D	23	48,0	110,0	77,652	3,6478
FEVf1M1f0	23	740	3250	1370,43	119,448
FEVf1D	23	28,0	92,0	54,478	3,4282
FEVf1FCVf1	23	,4	,8	,570	,0225
ACTf1	23	5	18	12,17	,930
DOSISGCOV1	6	,0	30,0	7,500	4,7871
CAMBODSISGCOV1	6	0,0%	100,0%	58,333%	20,0693%
NUMAGUD1	23	0	1	,13	,072
CAMENUMAGUD0V1	23	75%	100%	97,17%	1,984%
NUMCICLOSGCOV1	23	0	7	,81	,313
ACTf1	23	12	25	22,04	,830
IgEVf1	0				
EOSf1	23	0	40	10,00	2,435
FVCf1M1	23	1530	5620	3106,09	230,598
FVCf1	23	58,0	134,0	102,057	4,9157
FEVf1M1f1	23	900	4000	2066,52	171,688
FEVf1	23	45,0	115,0	83,304	4,8387
FEVf1FCVf1	23	,5	,8	,662	,0224
CAMBFEVf1M1f1	23	10	2370	696,09	127,889
CAMBFEVf1	23	1%	260%	58,10%	13,380%
N válido (según lista)	0				

Tabla 1. Comunicación 754. Descriptiva general de la muestra de la cohorte de pacientes tratados con benralizumab: variables de la visita basal y a las 16 semanas.

Resultados: 14 mujeres (60,9%); 9 varones (39,1%), 13 no fumadores (56,5%) y 10 exfumadores (43,5%) con un IPA 23,5 (DE = 8,2), IMC 28,2 (DE = 0,85), diagnosticados de T2 ALERG-EOS 8 (34,8%) y T2 EOS 15 (65,2%), corticodependientes 3 (13%), RSCcPN 14 (60,9%); ERGE 4 (17,4%), Depresión-ansiedad 4 (17,4%), bronquiectasias 4 (17,4%), AOS 2 (8,7%), osteoporosis-osteopenia 12 (52,2%). *Switch* por respuesta parcial o no respuesta en 7 pacientes con omalizumab (30,4%), 5 con mepolizumab (21,7%), y 1 oma-mepo (4,3%), siendo *naïve* 11 pacientes (47,8%). En la tabla se muestra la descripción de las variables numéricas. 15 pacientes (65,2%) mostraron respuesta completa, 5 buena (21,7%), 3 parcial (13,1%).

Conclusiones: 1. Benralizumab fue eficaz en la consecución del control de los pacientes con AGNC. 2. En base a la escala EXACTO, un elevado porcentaje de pacientes tratados con benralizumab alcanzaron respuesta completa o buena (86,9%) y el 65% fueron superrespondedores.

416. APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA EXACTO A LOS PACIENTES DEL ESTUDIO ORBE II

Francisco Casas Maldonado¹, Marina Blanco Aparicio², Luis Cassini Gómez de Cádiz¹, Elisa Luzón Alonso³, Jesús Sánchez Tena³, Ignacio González Márquez³, Javier Nuevo Rivero³ y Alberto Levy Naón⁴

¹Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España.

²Hospital Universitario A Coruña, A Coruña, España. ³AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A., Madrid, España. ⁴Hospital Quirón Salud, Málaga, España.

Introducción: Para evaluar la respuesta al tratamiento con anticuerpos monoclonales (mAb) en pacientes con asma grave no controlado (AGNC) se han definido varias escalas centradas en exacerbaciones, control de síntomas, función pulmonar y uso de glucocorticosteroides sistémicos (GCS). Una de las herramientas propuestas es EXACTO, escala multidimensional que permite evaluar y categorizar la respuesta de un paciente con AGNC al tratamiento con un mAb y definir a los superrespondedores. El objetivo de este análisis es determinar el grado de respuesta de los pacientes de ORBE II de acuerdo con la escala EXACTO.

Material y métodos: ORBE II (NCT04648839) es un estudio observacional retrospectivo que busca describir características clínicas y demográficas en adultos con asma grave eosinofílica que recibieron benralizumab según práctica clínica habitual en España. El presente análisis cuantifica la puntuación EXACTO y categoriza la respuesta (en completa, buena, parcial y no respuesta) de los pacientes del estudio que cuentan con información disponible para las variables consideradas en la escala en el periodo basal y tras 12 meses de tratamiento con benralizumab (pacientes evaluables).

Resultados: El estudio ORBE II incluyó a 204 pacientes con asma grave eosinofílica de los cuales 67 eran evaluables para este análisis. La mayoría de los pacientes (n = 50; 74,6%) alcanzaron respuesta completa o buena, frente a 17 (25,4%) que alcanzaron respuesta parcial o no respuesta. La tasa de no respuesta fue de un 3% (n = 2). Analizando la muestra en base al uso de OCS de mantenimiento basal, un 79,6% (39/49) de los no corticodependientes alcanzaron respuesta completa o buena, frente al 61,1% (11/18) de los corticodependientes (tabla 1). En cuanto a las características basales, los pacientes con respuesta completa o buena presentaban mejor función pulmonar y menor dosis de GCS. Los pacientes con respuesta parcial o no respuesta tenían más exacerbaciones y mayores dosis de GCS (tabla 2). La puntuación de ACT basal era prácticamente igual en ambos grupos.

Conclusiones: En base a la escala EXACTO, un elevado porcentaje de pacientes tratados con benralizumab alcanzaron respuesta (completa o buena); cerca de una tercera parte alcanzaban la superrespuesta. La tasa de no respuesta fue baja. Los pacientes respondedores (respuesta completa o buena) partían de una situación clínica menos

	Total n=67	No corticodependientes n=49	Corticodependientes* n=18
Respuesta completa (superrespondedores), n (%)	21 (31,3)	17 (34,7)	4 (22,2)
Respuesta buena, n (%)	29 (43,3)	22 (44,9)	7 (38,9)
Respuesta parcial, n (%)	15 (22,4)	10 (20,4)	5 (27,8)
No respuesta, n (%)	2 (3)	0 (0)	2 (11,1)

* Pacientes que recibieron corticoides sistémicos de mantenimiento durante al menos 3 meses en el período de 12 meses previo al inicio del tratamiento con benralizumab

Tabla 1. Comunicación 416. Distribución de los pacientes según categorías EXACTO (total y subgrupos en base al uso de GCS).

	Respuesta completa/ buena (n=50)	Respuesta parcial/ no respuesta (n=17)
ACT, media (DE):	14,3 (4,4)	14,2 (5,7)
• <20, n (%)	44 (88)	14 (82,3)
• >=20, n (%)	6 (12)	3 (17,6)
% FEV₁ pre-BD, media (DE)	68,7 (21,8)	65,2 (19,4)
• < 80%, n (%)	36 (72)	12 (70,6)
• >= 80%, n (%)	14 (28)	5 (29,4)
OCS (mg), media (DE)	11,1 (10,9)	15,8 (7,4)
Exacerbaciones, media (DE)	2,1 (1,3)	2,8 (1,6)
• 0, n (%)	7 (14)	1 (5,9)
• 1, n (%)	10 (20)	1 (5,9)
• 2, n (%)	11 (22)	7 (41,1)
• ≥3, n (%)	22 (44)	8 (47,1)

Tabla 2. Comunicación 416. Características basales según clasificación EXACTO.

grave (mejor FEV1 (%), menor dosis de OCS y porcentaje de corticodependientes, y menor media de exacerbaciones).

437. APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA FEOS A LOS PACIENTES DEL ESTUDIO ORBE II

Eva Martínez Moragón¹, Ismael García Moguel², Andrea Trisan Alonso³, Marina Blanco Aparicio⁴, Rocío Diaz Campos⁵, Elisa Luzón Alonso⁶, Jesus Sánchez Tena⁶, Laia Secall Gelabert⁶, Javier Nuevo Rivero⁶ y Alicia Padilla Galo⁷

¹Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España. ²Hospital 12 de Octubre, Madrid, España. ³Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España. ⁴Hospital Universitario A Coruña, A Coruña, España. ⁵Hospital 12 de Octubre, Madrid, España.

⁶AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A., Madrid, España. ⁷Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España.

Introducción: Un correcto seguimiento de los pacientes en tratamiento con biológicos implica medir la respuesta obtenida tras cierto tiempo de tratamiento. Una de las herramientas propuestas para medir esta respuesta es la escala FEOS (función pulmonar, exacerbaciones, corticoides orales y síntomas), que permite cuantificar la respuesta a un fármaco biológico en relación con la situación basal del paciente. En este análisis determinamos las mejoras obtenidas por los pacientes tratados con benralizumab en el estudio ORBE II en base a FEOS.

Material y métodos: ORBE II (NCT04648839) es un estudio observacional retrospectivo que describe las características clínicas y demográficas de adultos con asma grave eosinofílica que recibieron benralizumab según práctica clínica habitual en España. El presente análisis cuantifica la puntuación FEOS y el porcentaje de mejora sobre el máximo teórico (mejoría media porcentual del paciente dividido entre la mejoría máxima teórica) de los pacientes del estudio que cuentan con información disponible para las cuatro variables analizadas (volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) en mL y %, test de control del asma (ACT), exacerbaciones y corticoides orales) basal y tras 12 meses de tratamiento

con benralizumab. Para el análisis se ha dividido a los pacientes evaluables en cuatro categorías en función de su condición clínica basal (tabla). Aquellos casos que no correspondían exactamente a ninguna de las categorías predefinidas, o presentaban cambios clínicos no contemplados en la escala, han sido clasificados individualmente por los autores.

Resultados: El estudio ORBE II incluyó a 204 pacientes con asma grave eosinofílica de los cuales 67 eran evaluables para este análisis. La mayoría de los pacientes pertenecían a la categoría C (tabla). La mejora media porcentual frente al teórico de la muestra completa fue del 88,5%. El número de pacientes que alcanzaron al menos un 80% de mejora frente al valor teórico fue de 53 (un 79,1% de la muestra), y 40 pacientes (59,7%) mejoraron al menos un 90% (fig.).

Conclusiones: En el estudio ORBE II, todos los pacientes evaluables con la herramienta FEOS lograron mejorías, tras 12 meses de tratamiento con benralizumab, de acuerdo con esta escala. Cerca de un 80% de ellos alcanzaron mejoras iguales o superiores al 80% frente a la mejora máxima teórica.

16. ¿AUMENTÓ LA ADHESIÓN A INHALADORES EN EL PACIENTE ASMÁTICO TRAS EL CONFINAMIENTO POR COVID-19? RESULTADOS DEL ESTUDIO REFORMA

Miguel Santibáñez Marguello¹, Isabel Rodríguez Marcos², Juan Carlos López Caro², María del Mar de Prado Taranilla³, Jose Francisco Egido Arroyo³, Margarita Pinel Monge³, Francisco Borja del Rivero Sierra⁴, Francisca Gómez Molleda⁴ y Juan Luis García Rivero²

¹Universidad de Cantabria, Santander, España. ²Servicio Cántabro de Salud, Santander, España. ³Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Vitoria-Gasteiz, España. ⁴Servicio de Salud del Principado de Asturias, Oviedo, España.

Introducción: La coincidencia de síntomas entre el asma y la COVID-19, la autoperccepción como población vulnerable de riesgo, o el miedo a tener una exacerbación asmática que requiriera ingreso hos-

Categorías	Pacientes en cada categoría, n (%)	Mejora máxima teórica (puntos)	Mejora media total (puntos), media (rango)	Mejora media vs máximo teórico, % (rango)	Pacientes que alcanzaron una mejora ≥80% vs máximo teórico, n (%)
Categoría A • ≥2 exacerbaciones severas • corticoides orales • ACT ≥20 (o <20) • FEV ₁ ≥80% (o <80%)	17 (25,4)	100	77 (33-100)	77 (33-100)	8 (47,1)
Categoría B • no exacerbaciones severas • corticoides orales • ACT ≥20 (o <20) • FEV ₁ ≥80% (o <80%)	1 (1,5)	73	73	100	1 (100)
Categoría C • ≥2 exacerbaciones severas • no corticoides orales • ACT ≥20 (o <20) • FEV ₁ ≥80% (o <80%)	42 (62,7)	76	71 (54-76)	93 (71-100)	39 (92,9)
Categoría D • no exacerbaciones severas • no corticoides orales • ACT <20 • FEV ₁ <80%	7 (10,4)	49	43 (34-49)	87,8 (69-100)	5 (71,4)

Tabla 1. Comunicación 437. Resultados obtenidos por los pacientes en función de su situación basal según la escala FEOS, tras 12 meses de tratamiento con benralizumab

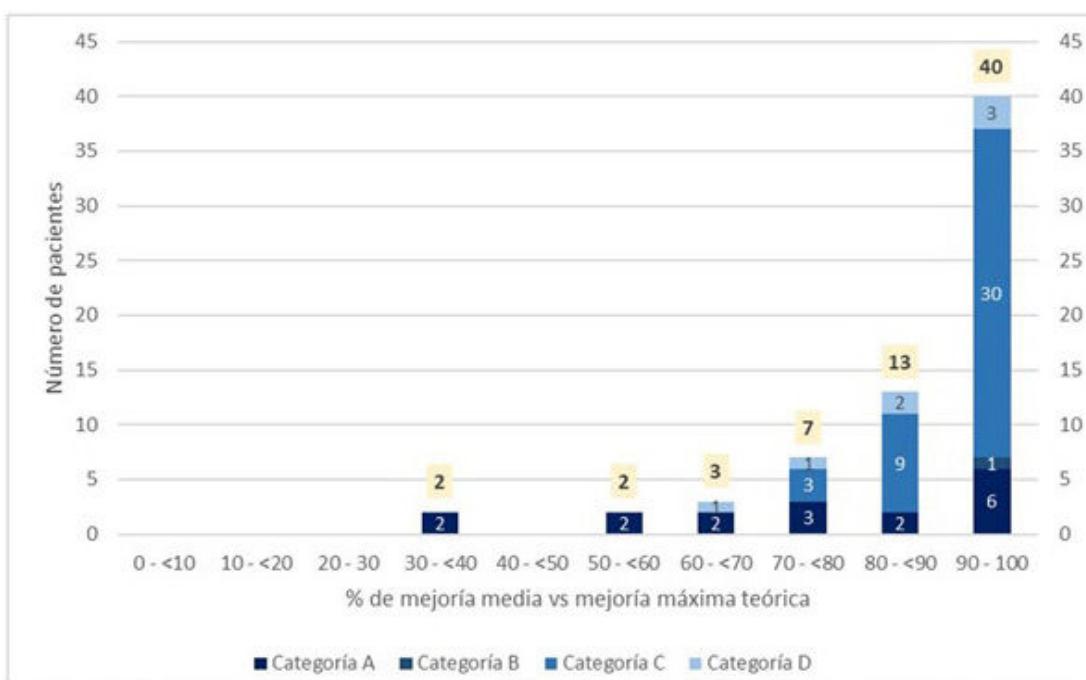
Categoría A: ≥2 exacerbaciones severas, corticoides orales, ACT ≥20 (o <20), FEV₁ ≥80% (o <80%)Categoría B: no exacerbaciones severas, corticoides orales, ACT ≥20 (o <20), FEV₁ ≥80% (o <80%)Categoría C: ≥2 exacerbaciones severas, no corticoides orales, ACT ≥20 (o <20), FEV₁ ≥80% (o <80%)Categoría D: no exacerbaciones severas, no corticoides orales, ACT <20, FEV₁ <80%

Figura 1. Comunicación 437. Mejora media vs máximo teórico según categoría, tras 12 meses de tratamiento con benralizumab.

pitalario ante un sistema sanitario saturado, pudieron haber propiciado un aumento en la adhesión a la terapia inhalada en el paciente asmático. Nuestro objetivo ha sido comparar esta adherencia terapéutica antes y tras el confinamiento por COVID-19.

Material y métodos: Diseño epidemiológico observacional con comparación pre-post, en el que la adherencia terapéutica ha sido

determinada a través de la retirada en farmacia de los fármacos prescritos (REFFP). Se calculó el% de fármaco dispensado con respecto al prescrito, definiéndose el incumplimiento terapéutico como un porcentaje < 80%. Asimismo, se categorizó ordinalmente en alto, medio y bajo. Se incluyeron los primeros 183 pacientes consecutivos con diagnóstico de asma vistos por un panel de médicos reclutadores de

	Antes de la pandemia (sep-19 a mar-20) (7 meses) (PRE)		12 meses desde la pandemia (abril-20 a mar-21) (POST)		<i>p significación</i>
	n=183	%	n=183	%	
Nº envases retirados/mes. Media [DE]	0,58	0,33	0,59	0,34	0,768
Nº envases retirados/mes. Mediana [RIQ]	0,57	0,29-0,86	0,5	0,33-0,92	0,926
% cumplimiento. Media [DE]	66,64%	34,95%	67,12%	35,93%	0,784
% cumplimiento. Mediana [RIQ]	57,14%	42,86-100%	66,67%	41,67-100%	0,864
Cumplimiento (% cumplimiento ≥80%)	79	43,2	77	42,1	0,851
Incumplimiento (% cumplimiento <80%)	104	56,8	106	57,9	
Grado de incumplimiento alto (% cumplimiento 0-25%)	23	12,6	23	12,6	0,928
Grado de incumplimiento medio (% cumplimiento 26-50)	31	16,9	32	17,5	
Grado de incumplimiento leve (% cumplimiento 50-79%)	50	27,3	51	27,9	

Tabla 1. Comunicación 16. Comparación del cumplimiento terapéutico en términos cuantitativos y cualitativos antes de la pandemia (sep-19 a mar-20) (PRE) y durante 12 meses desde la pandemia (abril-20 a mar-21) (POST). DE = Desviación estándar. RIQ = Rango intercuartílico.

tres comunidades autónomas; Cantabria, País Vasco y Asturias. El periodo de estudio retrospectivo de 19 meses se dividió en 7 meses PRE antes de la pandemia (sep-19 a mar-20) y 12 meses POST tras el confinamiento (abril-20 a mar-21).

Resultados: La edad media global fue de 49,77 años [desviación estándar DE = 17,58]. El 57,9% fueron mujeres. El 71,6% estaba con una pauta de GCI/LABA (1/12h), el 27,9% con GCI/LABA (1/24h) y el resto (3,3%) con GCI en monoterapia (1/12h), con prescripciones de entre 0,5 y 1,0 envases al mes. Antes de la pandemia (PRE) se retiraron una media de 0,58 envases/mes; [DE = 0,33], muy similar a la de 0,59 envases/mes; [DE = 0,34] retirados durante los 12 meses POST ($p = 0,768$). Al comparar las medias de envases retirados con respecto a los prescritos (% cumplimiento), tampoco se obtuvieron diferencias ($p = 0,784$), al igual que al comparar el % de cumplimiento en términos cualitativos de forma dicotómica ($p = 0,851$) u ordinal ($p = 0,928$); o al comparar los cambios de categoría con el test de McNemar ($p = 0,949$); con prevalencias de incumplimiento terapéutico de 56,83%; IC95% (49,38-64,28) y 57,92%; IC95% (50,50-65,35).

Conclusiones: Nuestros resultados no apoyan una mayor adherencia del paciente al tratamiento en relación al número de envases promedio al mes retirados o % de cumplimiento terapéutico, con respecto a antes del confinamiento por COVID-19. La adherencia sigue siendo subóptima con prevalencias de incumplimiento mayores del 50%.

682. BENRALIZUMAB EN ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA: NUESTRA EXPERIENCIA

Guillermo Padín Pico, Rosa Gutiérrez-Larraya Sánchez-Andrade, Brais Baamonde Veiga, Sonia Salinas Castillo, Cristina Ayuela Lacaba, Gabriela Pombo Lacambra, Myriam Aguilar Pérez, Manuel Valle Falcons y Andrea Trisán Alonso

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España.

Introducción: El benralizumab es un anticuerpo monoclonal antieosinofílico indicado como tratamiento de mantenimiento en asma eosinofílica grave no controlada en pacientes adultos. Objetivo: valorar la respuesta a benralizumab (Fasenra®) en pacientes con asma grave de nuestras consultas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y observacional de todos los pacientes a los que se les administró tratamiento con benralizumab que realizaban seguimiento en la Unidad Especializada de Asma de nuestro centro. Todos los pacientes cumplían las recomendaciones de tratamiento por ficha técnica: adultos con asma grave eosinofílica no controlada a pesar del tratamiento con corticoeste-

roides inhalados en dosis altas y agonistas beta2 de acción prolongada. Basalmente se recogieron variables clínicas, funcionales, analíticas, exacerbaciones y puntuación en los cuestionarios de control del asma (ACT) y de adhesión a terapia inhalada (TAI). A los 6 meses de iniciado el tratamiento se evaluaron los siguientes datos: número de crisis en el periodo de seguimiento, tratamiento que estaban realizando, ACT, TAI y función pulmonar.

Sexo (mujer), n (%)	12 (60%)
Edad inicio del asma, media (DE)	28,3 (13,42)
IMC, media (DE)	24,53 (2,89)
Asma alérgica, n (%)	9 (45%)
Hábito tabáquico, n (%)	
-Nunca fumador	14 (70%)
-Exfumador	4 (20%)
-Fumador	2 (10%)
Intolerancia a AINE, n (%)	4 (20%)
Poliposis nasal, n (%)	11 (55%)
ERGE, n (%)	8 (40%)
Dermatitis atópica, n (%)	2 (10%)
Ig E total (UI/ml), media (DE)	183,96 (220,83)
LABA/ICS dosis altas, n (%)	20 (100%)
LAMA, n (%)	11 (55%)
Tratamiento con GCS	13 (65%)
Tratamiento previo con Omalizumab, n (%)	4 (20%)
Tratamiento previo con Mepolizumab, n (%)	3 (15%)

Tabla 1. Comunicación 682. Características generales de los pacientes.

Resultados: Iniciaron el tratamiento 20 pacientes (12 mujeres y 8 varones). Las características generales se muestran en la tabla 1. Todos los pacientes se encontraban en el escalón 5 de tratamiento de la GEMA 5,2, y 13 de ellos cumplían tratamiento con GCS (11 GCO y 2 triamcinolona IM). Un 35% de los pacientes habían recibido tratamiento con otro biológico previamente (omalizumab o mepolizumab), siendo el motivo de cambio la falta de respuesta completa. El año previo a la administración de benralizumab habían tenido una media de 4,35 crisis (0-11), siendo de 0,5 (0-2) a los 6 meses. El valor medio de eosinofilia absoluta antes de iniciar el tratamiento fue de 929,95 cél/mm³ (DE 811,51), siendo de 0 a los 6 meses. Pretratamiento, el valor medio del FEV1 fue de 64,45% y 37,2 ppb de FeNO, siendo de 76,9% y 41,3 respectivamente a los 6 meses. Al inicio del tratamiento, los pacientes tenían una puntuación media en el ACT de 18,25 y de 22,6 a los 6 meses. En 9 pacientes se ha suspendido por completo el tratamiento con GCS sin perder el control, y en 3 se ha

reducido la dosis a > 50% (1 mantiene misma dosis). Ningún paciente tuvo efectos adversos.

	Pretratamiento	6 meses
Crisis año	4,35 (DE 2,62)	0,5 (DE 0,6)
Ingresos	0,75 (DE 1,33)	0
FeNO (ppb)	37,2 (DE 40,34)	41,3 (DE 38,26)
FEV1 (%)	64,45 (DE 19,81)	76,9 (DE 21,06)
Eosinofilia periférica (cél/mm ³)	929,95 (DE 811,5)	0
ACT	18,25 (DE 6,64)	22,6 (DE 4,83)
TAI	49,55 (DE 1,60)	49,8 (DE 0,69)

Tabla 2. Comunicación 682. Datos de seguimiento.

Conclusiones: En esta serie de casos, el benralizumab fue eficaz en la disminución del número de crisis, reducción de la dosis de corticoides sistémicos y mejoría en la función pulmonar, acorde a los resultados mostrados en los ensayos clínicos.

308. BENRALIZUMAB EN ASMÁTICOS GRAVES MAYORES DE 65 AÑOS: RESULTADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Ignacio Boira Enrique¹, Andrés Sánchez Vera², Marta Palop Cervera³, Inmaculada Lluch Tortajada⁴, Suliana Mogrovejo Calle², Eusebi Chiner Vives¹ y Eva Martínez Moragón²

¹Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España.

²Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España. ³Hospital de Sagunto, Valencia, España. ⁴Hospital Universitario de la Ribera, Valencia, España.

Introducción: Existen pocos datos acerca de la eficacia y seguridad de los fármacos biológicos en los pacientes mayores. Hemos que-

rido analizar la respuesta al benralizumab en este grupo de asmáticos graves en un estudio multicéntrico de vida real.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que han participado 4 hospitales con unidad de asma acreditada por SEPAR. Hemos analizado todos los pacientes que han iniciado benralizumab entre 2019 y 2020 con un periodo de seguimiento de 12 meses. Analizamos posibles diferencias en eficacia y seguridad entre pacientes mayores o no de 65 años.

Resultados: Se han incluido 138 pacientes: 97 eran menores de 65 años (edad media 49, límites 44-58 años) y 41 tenían edad > 65 años (edad media 72, límites 65-89 años). No había diferencias entre grupos respecto a sexo, IMC, función pulmonar, eosinofilia, corticodependencia y número de exacerbaciones el año previo. Los pacientes mayores tenían un asma que comenzó más tarde, menos atopia, más comorbilidades y un FENO más bajo. De forma global se ha obtenido al año reducción significativa del número de exacerbaciones, disminución del FENO, reducción del uso de corticoides, mejoría en el FEV1 y en el ACT, en la calidad de vida y en el estado de salud global. Las diferencias significativas de respuesta entre pacientes mayores y jóvenes ha sido la mejoría en el FEV1 y la puntuación en ACT que ha sido mayor en los más jóvenes (tabla). Sin exacerbaciones graves a los 12 meses se han mantenido el 78% de pacientes menores de 65 años y el 80% de los mayores ($p = 0,55$). Con ACT > 20 al año había un 74% de pacientes menores de 65 años frente al 65% de pacientes mayores ($p = 0,269$). La función pulmonar normal se obtuvo en el 44% de pacientes menores de 65 años y en el 17% del resto ($p = 0,0006$). Los efectos adversos han sido escasos y sin diferencias por edad (en jóvenes 1 urticaria, 2 cefaleas y 1 dolor muscular; en mayores 1 dolor muscular).

Conclusiones: En la práctica habitual se demuestra la eficacia de añadir benralizumab en pacientes mayores, aunque mejoran menos que los jóvenes en la función pulmonar y en la puntuación en ACT. La reducción de exacerbaciones y la mejoría en calidad de vida es similar. No se detectan más efectos adversos pese a que tienen más comorbilidades. Nuestros datos apoyan la conveniencia de iniciar la terapia biológica en pacientes más jóvenes buscando que mayor porcentaje consigan la función pulmonar normal y por tanto la remisión.

	Menores de 65 años (n=97)	Edad ≥ 65 años (n=41)	P
Sexo (% mujeres)	51	52	0,928
IMC	27,84±5,51	27,82±4,35	0,806
Benralizumab tras fallo de otros biológicos (%) pacientes)	26%	25%	0,847
No tabaquismo nunca (% pacientes)	59%	57%	0,155
Atopia +	53%	21%	0,001
Edad al diagnóstico de asma	30±15	48±16	<0,0001
Número de comorbilidades/pacientes	2,30±1	4,39±1	0,015
ACT al inicio (media+DS /mediana)	12±3 / 13	13±3 /13	0,907
ACT al año	20±7/22	20±2 /20	0,038
FEV1 (%) al inicio	76±20	73±26	0,118
FEV1 (%) al año	84±21	74±27	0,008
Exacerbaciones graves año previo	3±2,11	2,44±1,61	0,206
Exacerbaciones al año	1,38±0,89	2,20±1,30	0,112
FENO (ppb) inicio	49±33	33±25	0,0036
FENO (ppb) al año	26±25	20±15	0,3455
Eosinofilos al inicio	528±446	374±282	0,101
Eosinofilos al año	23±113	33±133	0,6167
MiniAQLQ inicio	2,96±1	3,15±1	0,367
MiniAQLQ al año	5,3±1,26	5,50±0,74	0,906
Escala EVAS estado de salud (0-100) inicio	34,8±27	30±23	0,739
Escala EVAS estado de salud al año	68±20	67±23	0,942
Corticodependientes inicio (pacientes)	18	13	0,118
Corticodependientes año (pacientes)	2	4	0,062

Tabla 1. Comunicación 308. Características de los pacientes al inicio y al año de tratamiento con benralizumab.

430. BENRALIZUMAB: EXPERIENCIA CON BIOLÓGICOS EN HOSPITAL TORRECÁRDENAS

Alejandro López León, Miguel Martos Maldonado, José Manuel Díaz López, Juan José Cruz Rueda y David Fole Vázquez
Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España.

Introducción: El benralizumab es un fármaco anticuerpo monoclonal, indicado como terapia de apoyo en asma grave de perfil eosinofílico ($> 150/\text{mm}^3$), no controlado mediante uso de medicación convencional (escalón 6 de GEMA). Actúa provocando el bloqueo de IL-5R, lo cual se traduce en una depleción de eosinófilos y basófilos. Nuestro objetivo fue analizar los pacientes con benralizumab en su estrategia terapéutica seguidos en nuestro hospital y su respuesta a este.

Material y métodos: Análisis de los 34 pacientes que reciben benralizumab en Hospital Torrecárdenas de Almería, a 23/09/22. Para ello utilizamos el registro de consumos proporcionado por farmacia hospitalaria y analizamos distintas variables de los pacientes, como datos demográficos, comorbilidades, fecha de diagnóstico de asma bronquial, tiempo hasta implementación del biológico y evolución de FEV1, eosinófilos circulantes, estado sintomático, hospitalizaciones y necesidad de corticoterapia oral tras la administración del mismo.

Resultados: Fue posible analizar 28 de los 34 pacientes. Un 54% de pacientes eran hombres y el 46% mujeres. Un 86% presentaban sobrepeso/obesidad (IMC medio 28,5). El 39% estaban diagnosticados de poliposis nasal. Entre el diagnóstico de asma bronquial e inicio de benralizumab transcurrió una media de 16 años (extremos 2 y 50). En 24 pacientes (86%) se objetivó mejoría de FEV1 tras el tratamiento, siendo esta de una media de 821 mL en aquellos que se pudo evaluar. 18 (64%) consiguieron FEV1 por encima del 80%, solo 4 alcanzaban este valor previamente. Antes del fármaco, la eosinofilia media fue de $623/\text{mm}^3$. Todos respondieron anulando la cifra. Un 86% de pacientes presentaba disnea de forma habitual (mMRC > 1) previamente, que se redujo al 25% tras el mismo. 9 pacientes (32%) sufrieron agudizaciones en el último año (de media 2), no llevando ninguna a hospitalización. Todos, salvo uno, redujeron la necesidad de corticoterapia oral tras benralizumab, siendo esta reducción de un 76%.

Conclusiones: 1. Es frecuente encontrar comorbilidades en pacientes con asma grave mal controlado, siendo el exceso de masa corporal la más frecuente. 2. El benralizumab es efectivo en cuanto a mejoría espirométrica, lográndose de media 821 mL en incremento de FEV1. También neutralizó la eosinofilia en el 100%. 3. Se redujo en un 61% el grado de disnea habitual y no se produjo ninguna hospitalización en el año posterior debido a agudización asmática. 4. La necesidad de corticoterapia oral disminuyó un 76% con el fármaco, similar a lo reflejado en la literatura.

641. CARACTÉRÍSTICAS DE LOS PACIENTES ASMÁTICOS INGRESADOS DURANTE UN AÑO DE PANDEMIA

Isabel Martínez González-Posada, Tamara Hermida Valverde, María Rodil Riera, Ana Isabel Enríquez Rodríguez, María Rodríguez Pericacho, Francisco Julián López González, Juan Francisco Nieves Salceda, Laura Abad Chamorro, Laura Martínez Vega, Eduardo Sánchez Vázquez, Patricia Álvarez Álvarez, Ángela Lanza Martínez, Marina Acebo Castro, Claudia Mañana Valdés y Marta García Clemente

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Introducción: El número de hospitalizaciones anuales en pacientes asmáticos se relaciona íntimamente con el grado de severidad y control de la enfermedad y puede marcar decisiones terapéuticas

importantes. El objetivo de este estudio fue evaluar las características de los pacientes asmáticos que precisaron ingreso hospitalario por exacerbación en el HUCA durante el año 2021.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se han incluido 37 pacientes que precisaron ingreso hospitalario secundario a exacerbación asmática grave durante el año 2021 en nuestro centro. Se analizaron datos demográficos, clínicos, analíticos, función pulmonar, visitas previas a Urgencias, seguimiento en consultas de Neumología, nivel de control de la enfermedad, microbiología y tratamiento recibido. Los análisis estadísticos se efectuaron con el programa Stata v15.4.2.

COMORBILIDAD	N	%
Obesidad	8	21,6%
Ansiedad/depresión	10	27%
HTA	15	40,5%
DM	3	8,1%
AcxFA	5	13,5%
Dermatitis atópica	1	2,7%
Intolerancia a AINE	6	16,2%
Poliposis nasal	4	10,8%
Rinitis alérgica	8	21,6%
Bronquiectasias	5	13,5%
AOS	4	10,8%
EPOC	3	8,1%
Corticoides inhalados	30	82%
Corticoides orales diarios	2	5,4%
SABA diario	15	40,5%
Anticolinérgicos	10	27%
Antileucotrienos	8	21,6%
Fármacos biológicos	3	8,1%

Tabla 1. Comunicación 641. Comorbilidades más relevantes en los pacientes ingresados.

Microbiología	Aislamiento en esputo/aspirado traqueobronquial/BAL	Hemocultivos	Serología	Virus
<i>S. Aureus</i>	0	3	-	-
<i>M. Catharralis</i>	1	0	-	-
<i>H. Influenzae</i>	1	0	-	-
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	-	-	1	-
<i>P. Aeruginosa</i>	2	0	-	-
<i>S. Maltophilia</i>	1	0	-	-
<i>A.Terreus</i>	2	0	-	-
<i>Achromobacter xylosoxidosa</i>	1	0	-	-
<i>Candida albicans</i>	1	0	-	-
VRS	-	-	-	1

Tabla 2. Comunicación 641. Hallazgos microbiológicos en los pacientes ingresados.

Resultados: Durante el año 2021 ingresaron un total de 37 pacientes asmáticos en la planta de Neumología. El 76% fueron mujeres (28 casos) con una edad media de 59 años (28,04) y tabaquismo activo en 8 (21%). La estancia media fue de 3,7 días (6,6), en seguimiento por neumología 15 enfermos (40%), 11 (30%) lo hacían en Atención

Primaria y 11 (30%) no acudían al médico desde el diagnóstico. Presentaban mal control del asma 19 enfermos (51%) y buen control 11 de ellos (30%). Sufrían asma grave 6 pacientes (16%), 5 de fenotipo T2 eosinofílico y 1 alérgico; tratados con biológico 3 casos. Precisaron ingreso en UCI 3 (5,4%) y en 4 casos se asoció neumonía. Recibieron antibiótico 16 enfermos (43%), siendo el más utilizado la amoxicilina/clavulánico en la mitad. En la tabla 1 se describen las características de los pacientes y en la tabla 2 los hallazgos microbiológicos. Los factores que influyeron en la hospitalización fueron la HTA ($p = 0,27$), la rinitis alérgica ($p = 0,28$), la existencia de traqueobroncomalacia ($p = 0,31$), el mal control previo ($p = 0,002$) y la existencia de agudizaciones en el año anterior ($p = 0,004$).

Conclusiones: El mal control del asma y las exacerbaciones previas se relacionan de forma significativa con el riesgo de sufrir agudizaciones graves que requieran ingreso hospitalario. Las comorbilidades con más riesgo de agravar la exacerbación son la HTA, rinitis alérgica y la traqueobroncomalacia. El 40% de los pacientes utilizaban SABA a diario, lo que podría poner en evidencia un mal control del asma.

593. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE QUE ACUDE A URGENCIAS DE NUESTRO CENTRO HOSPITALARIO POR AGUDIZACIÓN ASMÁTICA DURANTE EL AÑO 2021

Javier López García, Lorena Piñel Jiménez, Esther Sánchez Álvarez, Álvaro Martínez Mesa, Belén Gómez Rodríguez y José Luis Velasco Garrido

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción: El asma es una patología caracterizada por la inflamación crónica de la vía respiratoria, cuya consecuencia es la aparición de la sintomatología clásica. Un mal control de la enfermedad lleva al paciente a requerir asistencia médica en Urgencias lo que se traduce en una disminución de la calidad de vida. El objetivo de este estudio ha sido conocer las características principales del perfil de paciente que es atendido en Urgencias de nuestro centro hospitalario por agudización asmática y comprobar si existen diferencias entre los pacientes con seguimiento en Atención Primaria (AP) frente a los que tienen seguimiento por Neumología.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Mediante muestreo aleatorio sistemático se han incluido un total de 98 pacientes que han visitado Urgencias por agudización asmática a lo largo del año 2021. Se han recogido variables clínicas y epidemiológicas a partir de la historia clínica informatizada del paciente.

Resultados: Se incluyeron 98 pacientes, de los que 31 (31,6%) tenían seguimiento por Neumología, bien en consulta monográfica de asma (42%) o en consulta general (58%), y 67 (68,3%) pacientes tenían seguimiento en AP. Las variables clínicas y epidemiológicas, quedan reflejadas en la tabla. El tratamiento inhalado queda reflejado en la figura. Encontramos 7 (22,6%) pacientes en seguimiento por Neumología con tratamiento biológico, en concreto 4 (12,9%) con omalizumab y 3 (9,7%) con benralizumab. Ningún paciente con tratamiento biológico tenía seguimiento por AP. La adherencia al tratamiento inhalado fue de un 81% frente al 43,6% respectivamente. La dosis de "oral corticosteroids" (OCS) acumulada fue de 650,5 mg frente a 175,8 mg respectivamente y el nº de veces que acude el paciente a Urgencias por agudización de asma fue de 2 veces frente a 1,2 respectivamente.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes presentaban seguimiento del asma a través de su médico especialista de AP. Las diferencias encontradas entre la dosis de OCS y el nº de veces que acude el paciente a Urgencias por agudización de asma, pueden explicarse por varios motivos. En consulta se siguen pacientes asmáticos con más comorbilidades y con un mayor grado de severidad en su patología, dejando los casos leves o poco sintomáticos habitualmente para seguimiento por AP. Es fundamental la educación de los

pacientes de su enfermedad para mejorar la adhesión al tratamiento, lo que se traduce en una reducción del riesgo futuro de mal control de su enfermedad.

VARIABLE	SEGUIMIENTO NEUMOLOGIA (n = 31)	SEGUIMIENTO ATENCION PRIMARIA (n = 67)	p-valor
Edad (años)	57.9 ± 15.4	46.9 ± 17.2	0.003
Sexo mujer (%)	83.9	65.7	0.064
Fumadores (%)	19.4	23.9	0.618
Exfumadores (%)	25.8	10.4	0.050
IPA	21.3	20	0.879
HTA (%)	58.1	20.9	0.000
DM (%)	32.3	7.5	0.002
DL (%)	48.4	13.4	0.000
Obesidad (%)	29	7.5	0.005
Cardiopatía (%)	19.4	10.4	0.227
SAHS (%)	12.9	9	0.548
EPOC (%)	9.7	1.5	0.057
FEV1 (%)	73.3	80	0.208
Adherencia tto inhalado (%)	81	43.6	0.000
Antileucotrienos (%)	64.5	10.4	0.000
Biológico (%)	22.6	0	0.000
OCS (mg)	650.5	175.8	0.009
Urgencias (nº veces)	2	1.2	0.006
Hospitalización (%)	19.4	7.5	0.083
Días hospitalización	5.3	5.3	1.000

Tabla 1. Comunicación 593. Variables.

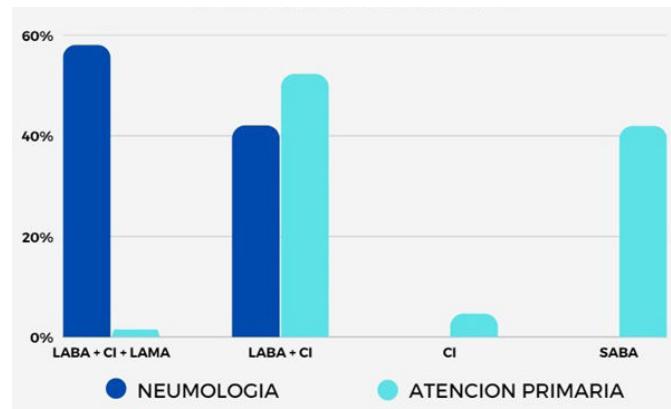


Figura 1. Comunicación 593. Tratamiento inhalado.

73. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN LOS PACIENTES CON EXACERBACIÓN ASMÁTICA

Patricia Iñiguez de Heredia Monforte, Lucía Elosúa Prats, Ana García Esteban, Xunxiao Lin, Guillermo Samuel Loscertales Vacas, Marta Martín Lana y Laura Anoro Abenoza

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Introducción: El asma es una enfermedad inflamatoria de las vías respiratorias que cursa de forma crónica con hiperreactividad bronquial y obstrucción variable y reversible al flujo de aire. Se considera que hasta un 50% de los pacientes con asma tiene un mal control de la enfermedad caracterizándose por sintomatología diurna, limitación de la actividad, alteración de la función pulmonar o presencia de una o más exacerbaciones al año. En este estudio se pretende valorar si las variables epidemiológicas de los pacientes asmáticos pue-

den influir en el número de exacerbaciones asmáticas que presente el paciente.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo transversal de pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa por exacerbación asmática durante un periodo de 2 meses (1/12/2021-31/01/2022), obteniéndose un total de 40 pacientes. Una vez seleccionada la muestra, se realizó una búsqueda en la historia clínica electrónica de estos pacientes recogiendo determinados datos atendiendo al periodo comprendido entre 1/01/2021-31/12/2022. Las variables recogidas fueron edad, sexo, número de exacerbaciones asmáticas y adherencia terapéutica al tratamiento de rescate.

Resultados: De los 40 pacientes, 29 de ellos (72,5%) eran mujeres y 11 (27,5%) eran hombres, con una edad media de $47,42 \pm 21,11$ años. Se registraron un total de 60 exacerbaciones, con una media de $1,5 \pm 1,24$ por paciente en el año estudiado. De ellos, un 35% no presentó exacerbaciones pero de las 60 exacerbaciones registradas, 39 (65%) fueron graves y 21 (35%) leves. No se ha encontrado correlación estadísticamente significativa entre las características epidemiológicas de los pacientes de nuestra muestra y el número de exacerbaciones. La edad y el sexo tampoco han demostrado tener una relación significativa respecto a la adherencia terapéutica de la medicación pautada para su patología.

Conclusiones: No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el número de exacerbaciones asmáticas y las características epidemiológicas estudiadas (edad, sexo y número de exacerbaciones). Aunque en este estudio no se han encontrado relaciones significativas entre las variables analizadas, en la bibliografía revisada existe gran controversia sobre el género que más se relaciona con una peor adherencia del tratamiento de base. Sin embargo, parece que los pacientes más jóvenes sí tienen una peor adherencia terapéutica.

409. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES TRATADOS CON MEPOLIZUMAB Y BENRALIZUMAB EN UNA UNIDAD DE ASMA GRAVE

Marina Alcaraz Barcelona¹, Alejandro Golfe Bonmatí¹,
María de los Ángeles Olivares Mendoza¹,
José Gonzalo Chiriboga Sánchez¹, Javier Cruz Ruiz¹,
Miguel Ángel Moscardó Orenes¹, Jesús Jiménez López¹
y Carlos Sánchez Villar²

¹Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España. ²Servicio de Neumología, Hospital de Hellín, Albacete, España.

Introducción: Los anticuerpos monoclonales constituyen una opción terapéutica efectiva y con buen perfil de seguridad en pacientes con asma grave no controlado (AGNC). El objetivo principal es determinar las características de los pacientes con AGNC que reciben tratamiento con mepolizumab y benralizumab en la Unidad Especializada de Asma Grave del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

Material y métodos: Estudio prospectivo y descriptivo de variables de diagnóstico, tratamiento y evolución de los pacientes en seguimiento en la unidad de AG del CHUA que inician tratamiento con mepolizumab o benralizumab en el periodo comprendido entre junio de 2018 y junio de 2022. Se ha realizado un análisis comparativo entre el grupo de mepolizumab y el de benralizumab.

Resultados: Se evalúan 50 pacientes, 19 varones (38%) y 31 mujeres (62%) con edad media de 59 años \pm 12. En 17 casos (34%) existían antecedentes familiares de asma o atopía y en 19 (38%) los test epicutáneos fueron positivos. Las comorbilidades descritas se presentan en el gráfico 1. La media de puntuación en el Asthma Control Test (ACT) al inicio del tratamiento fue de 12 puntos. En cuanto a la sintomatología, 43 pacientes (86%) presentaban disnea, 46 tos (92%), 33 sibilancias (66%), 27 síntomas nocturnos (54%) y 46 (92%) requerían medicación de rescate > 1 día/semana. En el año previo, 49 pacientes (98%) habían presentado al menos una exacerbación, 47 (94%) necesidad de ciclos cortos de corticoides orales (GCO) y 4 (8%) ingreso hospitalario. 22 pacientes (44%) se encontraban en tratamiento con GCO de mantenimiento, retirándose en 11 casos a los 6 meses y en 6 a los 12 meses del inicio del biológico. La figura 2 presenta la evolución de la sintomatología, exacerbaciones y ACT en el seguimiento. Con respecto a los dos grupos de tratamiento, 36 pacientes (72%) iniciaron mepolizumab y 14 (28%) benralizumab. El grupo de mepolizumab presentaba niveles más altos de eosinófilos al inicio del tratamiento (616 vs. 494, $p = 0.001$).

Conclusiones: 1. Las principales comorbilidades en los pacientes con AGNC fueron el reflujo gastroesofágico y la poliposis nasosinusal. 2. Los síntomas y las exacerbaciones disminuyeron con el inicio del tratamiento biológico, aumentando la puntuación media en el ACT. 3. En el 77% de los pacientes se retiró el GCO a los 12 meses. 4. El grupo tratado con mepolizumab presentó mayor eosinofilia al inicio del tratamiento. 5. No existieron diferencias significativas en la evolución entre los dos grupos de tratamiento.

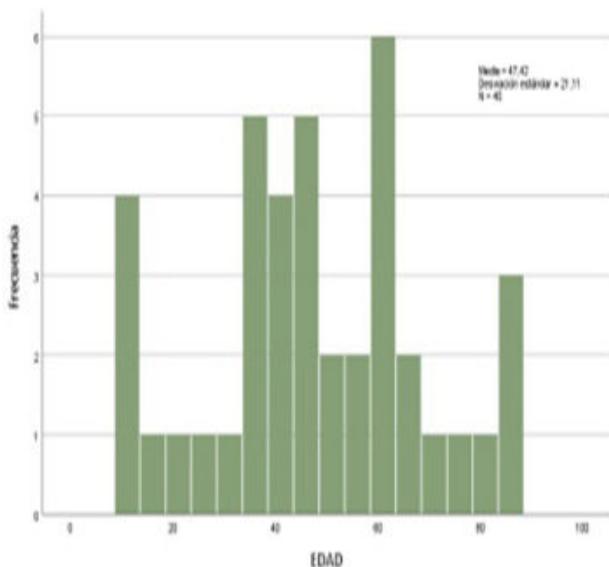


Figura 1. Comunicación 73. Histograma de la distribución por edades.

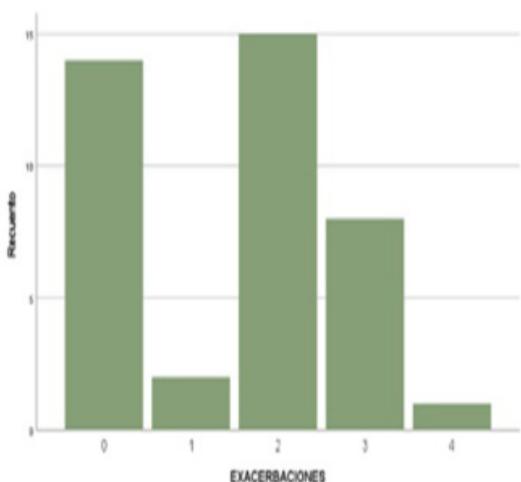


Figura 2. Comunicación 73. Distribución del número de exacerbaciones.

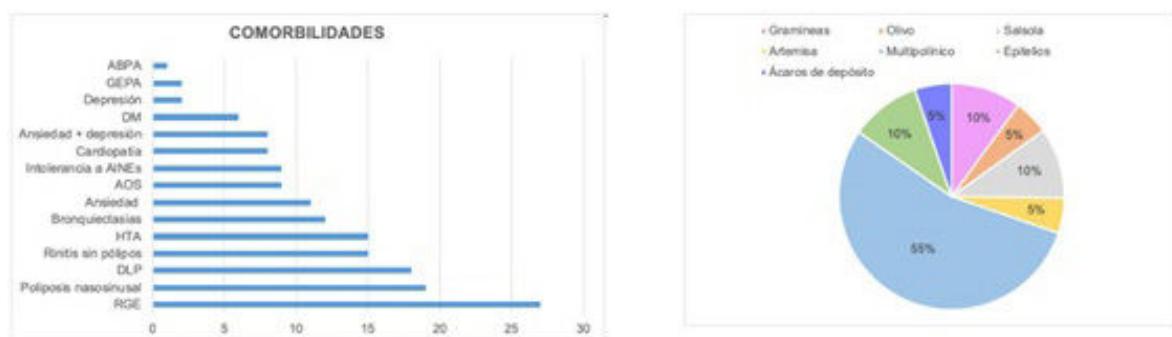


Figura 1. Comunicación 409. A. Comorbilidades en pacientes con AGNC. B. Distribución de la positividad en test epicutáneos.

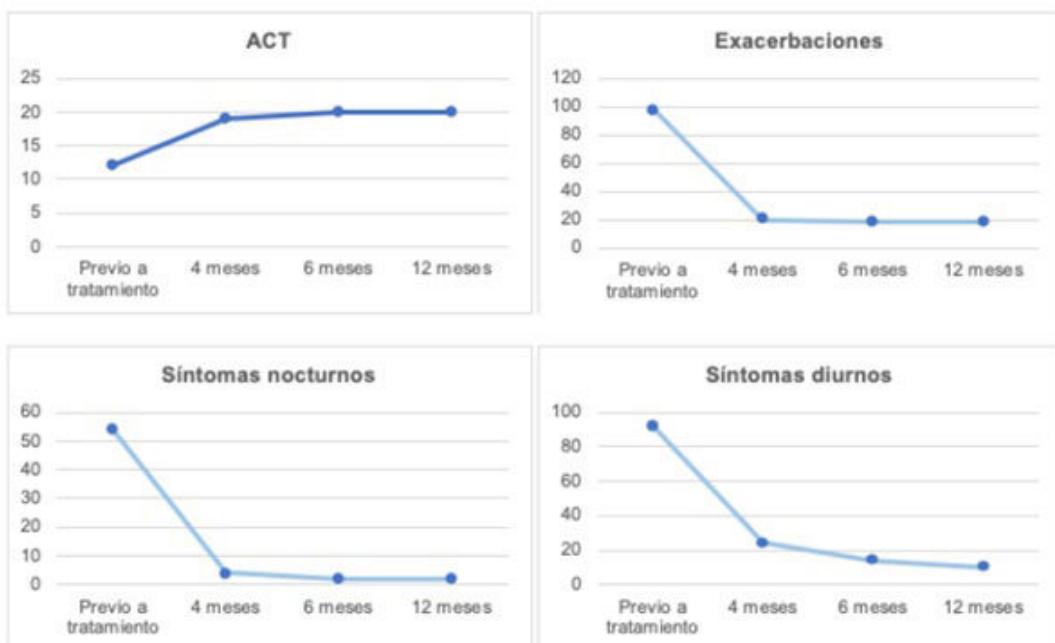


Figura 2. Comunicación 409. Evolución de la sintomatología, exacerbaciones y ACT en el seguimiento a los 4, 6 y 12 meses del inicio del tratamiento biológico.

832. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL ASMA GRAVE EN ADULTOS-JÓVENES Y EN PACIENTES CON HIPERSENSIBILIDAD A ASPIRINA: RESULTADOS PROCEDENTES DE BIOBADALER

Guillermo Bentabol Ramos¹, Mónica Vidal Díaz¹, Almudena Testera Montes², María José Torres Jaén³, Joan Bartra⁴, Marta Ferrer⁵ e Ibón Eguíluz Gracia²

¹Servicio de Neumología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España. ²Servicio de Alergología, Hospital Regional Universitario de Málaga y grupo de Investigación Alergológico, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA)-Plataforma BIONAD, Málaga, España. ³Servicio de Alergología, Hospital Regional Universitario de Málaga y grupo de Investigación Alergológico, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA)-Plataforma BIONAD, Universidad de Málaga, Málaga, España. ⁴Unidad de Alergología, Servicio de Neumología, Hospital Clinic de Barcelona, Research Group on Clinical and Experimental Immunoallergy (IRCE), Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS), RICORS for Inflammatory Diseases, Barcelona, España. ⁵Servicio de Alergología e Inmunología Clínica, Clínica Universidad de Navarra, Universidad de Navarra, Allergy Research Group, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IDISNA), RICORS for Inflammatory Diseases, Pamplona, España.

Introducción: La enfermedad respiratoria exacerbada por AINE (EREIA) es un fenotipo de asma grave que se relaciona con rinosinusitis crónica (RSC) y la ausencia de alergia. Este estudio investiga las características de asma grave en jóvenes adultos y en pacientes con EREA, y se llevó a cabo por las 8 unidades de asma grave pertenecientes al consorcio BIOBADALER.

Material y métodos: Se definió como asma grave a aquellos pacientes que requerían altas dosis de corticoides inhalados y otro tratamiento farmacológico de control, o que mantuviera mal control clínico pese al tratamiento previamente descrito. Se reclutaron pacientes con ≥ 18 años de forma prospectiva y se registraron sus datos en una base de datos de RedCap®. La EREA se confirmó siguiendo las guías clínicas con test de provocación nasal u oral con aspirina. La rinosinusitis crónica se confirmó uniendo sintomatología clínica y endoscopia nasal siguiendo las guías clínicas. Se consideró la ausencia y presencia de poliposis nasal en el estudio. La atopía fue definida como positividad en un prick test cutáneo junto de al menos un alérgeno clínicamente relevante.

Resultados: De la muestra estudiada, 27% individuos eran menores de 40 años, y 66% pacientes recibían tratamiento biológico. La prevalencia de EREA, la presencia de atopía y la proporción de pacientes con tratamiento biológico no difería entre los mayores de 40 años y los ≤ 40 años. Por otra parte, la proporción de sobrepeso/

obesidad (64,34 vs. 29,62%, $p < 0,001$) y la prevalencia de RSC (27,27 vs. 9,26%, $p = 0,004$) fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con más de 40 años. Además, los pacientes con EREA y los pacientes con tolerancia a aspirina no diferían en la presencia de atopía (75,86 vs. 79,76%, $p = 0,5$), edad media, o índice de masa corporal. En cambio, en el grupo de pacientes con EREA, se observó una prevalencia significativamente mayor de RSC (72,41 vs. 14,29%, $p < 0,001$) y se trataban más a menudo con tratamiento biológico que aquellos pacientes con tolerancia a AINE (86,27 vs. 62,50%, $p = 0,01$).

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que el asma grave en jóvenes adultos no se relaciona con la obesidad. Confirmamos la relación entre EREA, RSC y la severidad del asma. Por otra parte, nuestros hallazgos sugieren que los mecanismos de atopía pueden coexistir con la intolerancia a AINE en el asma grave. La confirmación de diagnóstico de EREA y RSC, y la significativa proporción de jóvenes adultos representan valor adicional al estudio.

861. CARACTERIZACIÓN EOSINOFÍLICA EN ENFERMOS ASMÁTICOS TRATADOS CON MEPOLIZUMAB

Carlos Cabrera López¹, Alejandra Sánchez Santos², Angelina Lemes Castellano³, Sara Cazorla Rivero⁴ y Enrique González Dávila⁵

¹Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Servicio de Neumología, Las Palmas de Gran Canaria, España. ²Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Unidad de investigación, Las Palmas de Gran Canaria, España. ³Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Servicio de Hematología, Las Palmas de Gran Canaria, España. ⁴Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Unidad de Investigación, Universidad de La Laguna, Las Palmas de Gran Canaria, España. ⁵Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Universidad de La Laguna, Departamento de Matemáticas, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción: Los eosinófilos pueden tener diversas funciones en el organismo. Cada vez hay más estudio que dividen a estas células en dos poblaciones diferenciadas: eosinófilos inflamatorios (iEos) y eosinófilos residentes (rEos). En este estudio se describe el efecto que el mepolizumab tiene en las diferentes poblaciones de eosinófilos.

Material y métodos: Se recogieron dos cohortes: asmáticos sin mepolizumab y asmáticos en tratamiento al menos 3 meses con mepolizumab. Se excluyeron todos los sujetos que hubieran tomado esteroides sistémicos en los últimos 3 meses. Se estudiaron en sangre periférica por citometría de flujo los perfiles de proteínas de superficie para la diferenciación eosinofílica (rEos: Siglec-8+CD62L+IL-3Rlo e iEos: Siglec-8+CD62LloIL-3Rhi). El receptor de IL-5 y IL11 también fueron medidos.

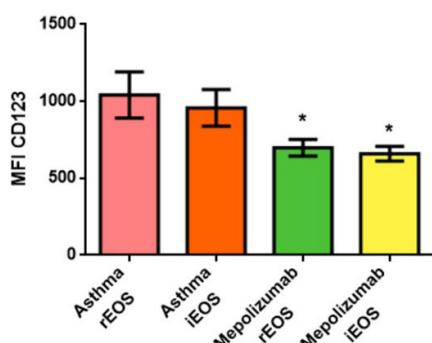


Figura 1. Comunicación 861. Cambios en la población eosinofílica tras la introducción de mepolizumab.

Resultados: 10 asmáticos sin mepolizumab y 24 con mepolizumab fueron estudiados. La media de iEos en los enfermos sin mepolizumab fue de $25,59 \pm 15,38$ mientras que en los sujetos con mepo-

lizumab fue de $2,16 \pm 23,2$. En los rEos de los enfermos con mepolizumab se encontró de forma significativa un menor número de receptores de IL3 que en los rEos de los enfermos sin mepolizumab. Lo mismo pasó con el receptor de IL11. Los receptores de IL5 fue menor en los rEos de los enfermos con mepolizumab que en los rEos de los pacientes asmáticos.

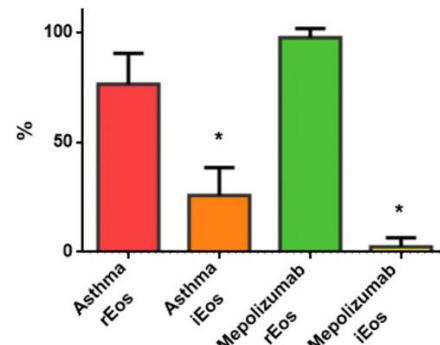


Figura 2. Comunicación 861. Diferencias en el receptor de IL3 entre las diferentes poblaciones eosinofílicas.

Conclusiones: El efecto del mepolizumab inhibiendo la IL5 induce una bajada en la población eosinofílica a expensas de los iEos en los sujetos asmáticos. Los eosinófilos que quedan en sangre periférica a pesar del uso de mepolizumab parecen corresponder a rEos con funciones homeostáticas.

671. ¿CÓMO HAN SIDO LAS EXACERBACIONES DE ASMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EL ÚLTIMO AÑO?

María Rodil Riera, Isabel Martínez González-Posada, Tamara Hermida Valverde, Francisco Julián López González, Ana Isabel Enríquez Rodríguez, María Rodríguez Pericacho, Ángela Lanza Martínez, Laura Martínez Vega, Eduardo Sánchez Vázquez, Juan Francisco Nieves Salceda, Laura Abad Chamorro, Patricia Álvarez Álvarez, Claudia Mañana Valdés, Marina Acebo Castro y Marta María García Clemente

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Introducción: Las exacerbaciones de asma se caracterizan por el empeoramiento de la situación basal de la patología, implicando la necesidad de modificar el tratamiento de mantenimiento. Existen muchos factores relacionados con este deterioro más allá de causas infecciosas o ambientales; entre ellos la falta de adherencia terapéutica, seguimiento irregular en consultas o exposiciones de riesgo. Nuestro objetivo fue caracterizar el perfil del paciente asmático que acudió al servicio de Urgencias del HUCA durante el año 2021.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo en el que se han incluido 204 pacientes con asma que han acudido al servicio de Urgencias de nuestro centro por exacerbación durante el año 2021. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos, resultados microbiológicos y tratamiento previo domiciliario. Los análisis estadísticos se efectuaron con el programa Stata v15.4.2.

Resultados: De los 204 pacientes que acudieron a Urgencias por exacerbación, 142 eran mujeres (70%) con media de edad de 51 años (23,6) y tabaquismo activo en un 25%. El 55% (112 pacientes) no hacía ningún tipo de seguimiento, el 26% (53 casos) se controlaba en Atención Primaria y el 19% (39 asmáticos) en Neumología. 90 casos habían presentado al menos una exacerbación con visita a Urgencias el año previo (44%) y en este grupo fueron menores la satO2 ($p = 0,029$) y la cifra de eosinófilos ($p = 0,038$). 6 pacientes ingresaron en UCI (3%), 37 (18%) en planta de Neumología y 161 (79%) fueron dados de alta. En todos se realizó PCR en exudado nasofaríngeo para SARS-CoV-2, po-

sitiva en 17 casos (8,4%) y neumococo positivo en solo uno. No se realizaron espirometrías por situación de pandemia. 73 pacientes (36%) recibía SABA a demanda como tratamiento de base. Las comorbilidades más frecuentes se describen en la tabla 1. La pO₂ media fue de 82,74 mmHg (27,17), la pCO₂ de 38,5 mmHg (10,17) y la cifra de eosinófilos de 230 células/uL (263)

Comorbilidad	Número de pacientes	Porcentaje
Obesidad	53	26,2 %
Ansiedad/depresión	68	33,3 %
HTA	55	27 %
Diabetes	18	8,8 %
Fabricación auricular	16	7,8 %
Dermatitis atópica	18	8,9 %
Intolerancia a AINES	23	11,3 %
Poliposis nasal	19	9,4 %
Rinitis alérgica	74	36,5 %
Bronquiectasias	13	6,4 %
AOS	20	9,8 %
Traqueobroncomalacia	3	1,5 %
EPOC	9	4,4 %

Tabla 1. Comunicación 671.

Conclusiones: El perfil del paciente asmático que acudió a Urgencias por exacerbación fue el de una mujer de 51 años con obesidad, ansiedad/depresión y rinitis como comorbilidades más frecuentes. Algo más de la mitad de los casos no hacían seguimiento ambulatorio y un 36% no recibía tratamiento con corticoides inhalados. El 25% presentaba tabaquismo activo. Es de vital importancia asegurar la terapia y cumplimiento adecuados en fase estable para evitar las exacerbaciones.

271. CONTROL DEL ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO CON DUPILUMAB

Mercedes Segura Romero, Lorena Piñel Jiménez, Belén Gómez Rodríguez, Álvaro Martínez Mesa y José Luis Velasco Garrido

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción: Actualmente disponemos de fármacos biológicos para el control del asma grave T2 no controlada, destacando el dupilumab que se trata de un nuevo anticuerpo monoclonal que bloquea las interleucinas 4 y 13. Objetivo: valorar la respuesta a dupilumab tras 4 meses de tratamiento, analizando el control clínico mediante el cuestionario ACT, las exacerbaciones y la función pulmonar.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo en 37 pacientes con asma grave no controlada con fenotipo T2 de la consulta monográfica de asma, en tratamiento con dupilumab, entre febrero de 2022 y octubre de 2022. Se han recogido las variables demográficas y comorbilidades y por otro lado las exacerbaciones, hospitalizaciones, respuesta en el cuestionario ACT y valores espirométricos de FEV1 antes y después de 4 meses de tratamiento.

Resultados: De un total de 37 pacientes en seguimiento con una edad media de 54,1 años, destaca que un 67,6% eran mujeres. En la figura se representan las comorbilidades más frecuentemente asociadas

dentro de los cuales no se incluye el tabaquismo, el cual estaba presente de forma activa en un 5,4% de los pacientes y como exfumadores en un 27% (IPA medio 20,27). Un 81% de los pacientes con dupilumab estuvieron previamente tratados con otro biológico; el 56,7% han fracasado con un solo biológico, siendo el más frecuente el omalizumab, un 18,9% a dos biológicos y un 5,4% a tres. Con respecto al ACT, hay una mejoría de media de 3,92 puntos tras el uso de dupilumab ($p = 0,002$). En referencia al FEV1, hay un incremento de media de 291 ml (6,72%), aunque no es una diferencia estadísticamente significativa. En relación a las agudizaciones, pasan de 1,92 de media a 0,66, hay una diferencia estadísticamente significativa de $p = 0,001$. En cuanto a las hospitalizaciones, no se alcanzaron diferencias significativas (0,11 de media pretratamiento a 0,09 tras 4 meses de tratamiento). Tampoco hemos encontrado diferencias en el número de pacientes corticodependientes. El tratamiento con dupilumab ha sido interrumpido durante el seguimiento por un 24,3%, en 6 (16,2%) por la falta de respuesta, y en dos de ellos por efectos adversos.

Comorbilidades

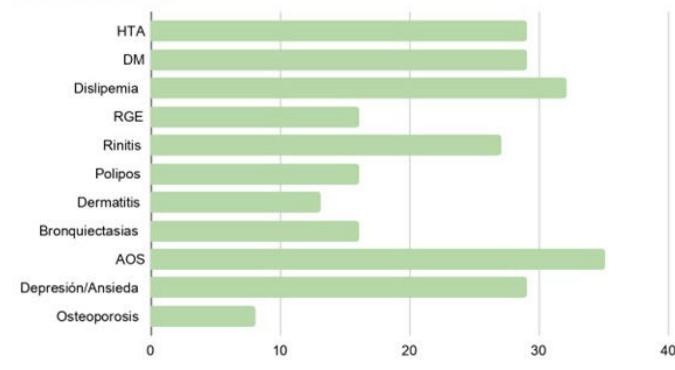


Figura 1. Comunicación 271.

Conclusiones: En nuestra muestra, los pacientes en tratamiento con dupilumab han mostrado una mejoría en el test de ACT y una disminución de las exacerbaciones tras 4 meses de tratamiento. Sin embargo, aunque hemos encontrado incremento en el FEV1 y disminución de hospitalizaciones, estas diferencias no han llegado a ser estadísticamente significativas.

58. DETERMINACIÓN DE RESPUESTA A CORTICOTERAPIA INHALADA SEGÚN EL ÓXIDO NÍTRICO EXHALADO EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL POS-COVID-19

María Navamuel Andueza¹, Isberling Madeleine di Frisco Ramírez¹, Carmen Felgueroso Rodero¹, Alicia Sayes Chueca¹, Matilde Sangro Prieto¹, Ana Belén Alcaide Ocaña¹, Aránzazu Campo Ezquibela¹, Juan Pablo de Torres Tajes¹, Juan Berto Botella², Luis Miguel Seijo Maceiras² y María Teresa Pérez Warnisher²

¹Clinica Universidad de Navarra, Pamplona, España. ²Clinica Universidad de Navarra, Madrid, España.

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

Material y métodos: Entre noviembre 2020 y octubre 2022 se hicieron en la Clínica Universidad de Navarra 44 espirometrías y determinaciones de FENO en consulta de seguimiento de pacientes previamente sanos que tras haber presentado infección por

SARS-CoV-2 presentaron clínica de hiperreactividad bronquial. Se recogieron datos antropométricos, tratamiento corticoideo inhalado, pruebas de función respiratoria, diagnóstico de asma y sintomatología asociada. Diseño: Estudio retrospectivo descriptivo de una serie de casos utilizando el programa IBM SPSS Statistics 20.0.

Resultados: Se analizaron 44 casos (19 hombres), con edad media de 45 ± 18 años, peso medio 73 ± 14 kg, talla media 169 ± 9 cm, índice de masa corporal 25 ± 4 kg/m², que acuden a consulta de revisión para el seguimiento de hiperreactividad bronquial posterior a SARS-CoV-2. De los 44 pacientes estudiados, se realizó seguimiento a 21, de los cuales 18 siguieron tratamiento con corticoide inhalado durante una media de 9 meses. Los síntomas se resolvieron en 10 de ellos, de los cuales un 90% tenían FENO > 25 ppb y un 60% > 50 ppb tras la infección por COVID-19. De los 8 pacientes que no respondieron a corticoide inhalado un 60% tenían FENO > 25 ppb y un 50% > 50 ppb tras la infección por COVID-19.

Conclusiones: La determinación del FENO es una prueba no invasiva con una sensibilidad en nuestro estudio de 60% y especificidad de 50%. En nuestro estudio no se observan diferencias estadísticamente significativas en la variabilidad del FENO en el seguimiento de pacientes con hiperreactividad bronquial pos-SARS-CoV-2. Para un grupo de 10 pacientes previamente sanos con infección por SARS-CoV-2 que posteriormente desarrollan clínica de hiperreactividad bronquial y que responden a tratamiento con corticoide inhalado, el 90% presentaba FENO elevado previo al inicio del tratamiento. Esta predicción de respuesta a tratamiento corticoideo inhalado a partir de FENO elevado concuerda con lo descrito en la literatura. No obstante, es necesario realizar más estudios aumentando el tamaño muestral y el tiempo de seguimiento, comparando con un grupo control.

835. DUPILUMAB MEJORA A LARGO PLAZO LA FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON ASMA, INDEPENDIENTEMENTE DE LAS EXACERBACIONES PREVIAS DURANTE EL ESTUDIO (QUEST): RESULTADOS DEL ESTUDIO LIBERTY ASTHMA TRAVERSE

David Castellanos Espejo¹, Alberto Papi², Mario Castro³, William W. Busse⁴, David Langton⁵, Stephanie Korn⁶, Changming Xia⁷, Xavier Soler⁷, Nami Pandit-Abid, Amr Radwan⁷, Juby A. Jacob-Nara⁸, Paul J. Rowe⁸ y Yamo Deniz⁷

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Vall d'Hebron; Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR); CIBER de enfermedades respiratorias (CIBERES), Barcelona, España. ²Universidad de Ferrara, Hospital Universitario de Sta. Anna, Ferrara, Italia. ³Facultad de Medicina de la Universidad de Kansas, Kansas City, Estados Unidos. ⁴Facultad de Medicina y Salud Pública de la Universidad de Wisconsin, Wisconsin, Estados Unidos. ⁵Frankston Hospital, Frankston, Australia. ⁶IKF Pneumologie Mainz y Thoraxklinik Heidelberg, Maguncia, Alemania. ⁷Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Tarrytown, Estados Unidos. ⁸Sanofi, Bridgewater, Estados Unidos.

Introducción: Las exacerbaciones de asma se han asociado al deterioro de la función pulmonar. En el estudio TRAVERSE (NCT02134028), dupilumab mantuvo unas tasas de exacerbación anualizadas bajas y mejoró la función pulmonar. Analizamos la relación entre la presencia previa de exacerbaciones de asma y la función pulmonar en pacientes que participaron en QUEST y se incluyeron en TRAVERSE. Los pacientes tenían asma de moderada a grave, del tipo 2 (eosinófilos periféricos ≥ 150 células/ μ l y/o FeNO ≥ 25 ppb). El perfil de efectos secundarios no difirió de los resultados conocidos de dupilumab.

Material y métodos: Los pacientes fueron divididos en: 1) no exacerbadores (0 exacerbaciones) y 2) exacerbadores (≥ 1 exacerbación) durante el ensayo clínico inicial QUEST. Los pacientes en tratamien-

to con dupilumab (DPL) en QUEST continuaron, en TRAVERSE, el mismo régimen hasta un máximo de 96 semanas (300 mg/Q2W). Los pacientes en placebo (PBO) en QUEST, iniciaron dupilumab (300 mg/Q2W) (grupo de PBO/DPL). Variables: tasas de exacerbación anualizadas (TEA), y volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1), prebroncodilatador, en porcentaje predicho (BD, pp) en las semanas 12, 48 y 96.

Resultados: En pacientes 1) exacerbadores: la reducción de la TEA con DPL frente a PBO en QUEST fue de 1,67 frente a 2,59, y en TRAVERSE de 0,78 en DPL/DPL y 0,56 en PBO/DPL; 2) No exacerbadores: DPL mantuvo una tasa baja de exacerbaciones (0,11 DPL/DPL y 0,17 PBO/DPL). En la semana 12, la VEF1pp fue 65,5% (DPL/DPL) y 69,1% (PBO/DPL) en pacientes exacerbadores y 72,9% y 71,6%, respectivamente, en los no exacerbadores. En la semana 48: VEF1pp fue 66,1% (DPL/DPL) y 70,0% (PBO/DPL) en exacerbadores y 73,7% y 71,7% en los no exacerbadores. Los resultados se mantuvieron hasta el final del estudio, semana 96, (67,2% [DPL/DPL], 70,8% [PBO/DPL] en exacerbadores y 72,8% y 71,4% en los no exacerbadores).

Conclusiones: En TRAVERSE, Dupilumab mantuvo a largo plazo una TEA baja y mejoró la función pulmonar en pacientes tratados con dupilumab durante QUEST. Además, el dupilumab mejoró la función pulmonar en los pacientes previamente en placebo que iniciaron tratamiento durante TRAVERSE, independientemente de si habían tenido o no, previas exacerbaciones de asma.

301. DUPILUMAB MEJORA LA FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ASMA TIPO 2 DE MODERADA A GRAVE EN LA SEMANA 12

Ana Díez Izquierdo¹, Theresa W. Guilbert², Antoine Deschildre³, Kevin R. Murphy⁴, Eckard Hamelmann⁵, Kristie Ross⁶, Atul Gupta⁷, Changming Xia⁸, Rebecca Gall⁸, Olivier Ledanois⁹, Amr Radwan⁸, Juby A. Jacob-Nara¹⁰, Paul J. Rowe¹⁰ y Yamo Deniz⁸

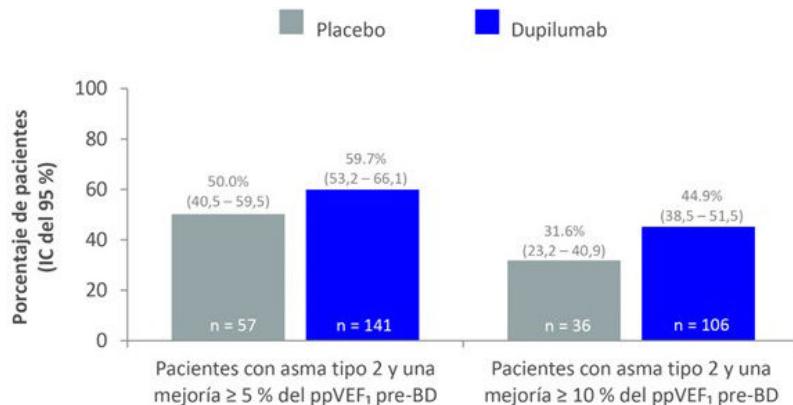
¹Sección de Neumología Pediátrica. Servicio de Pediatría Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España. ²Hospital Infantil de Cincinnati y Universidad de Cincinnati, Cincinnati, Estados Unidos. ³Complejo Hospitalario de la Universidad de Lila, Lila, Francia. ⁴Hospital de Investigación Nacional de Boys Town, Boys Town, Estados Unidos. ⁵Universidad de Bielefeld, Bielefeld, Alemania.

⁶Universidad Case Western Reserve, Cleveland, Estados Unidos.

⁷Hospital King's College London, Londres, Reino Unido. ⁸Regeneron Pharmaceuticals, Inc, Tarrytown, Estados Unidos. ⁹Sanofi, París, Francia. ¹⁰Sanofi, Bridgewater, Estados Unidos.

Introducción: El deterioro persistente de la función pulmonar en los niños con asma de moderada a grave no controlada se asocia a un deterioro de la calidad de vida y a un riesgo a largo plazo de exacerbación y morbilidad respiratoria. En el estudio de fase 3 LIBERTY ASTHMA VOYAGE (NCT02948959), la administración como tratamiento de mantenimiento adicional de dupilumab, un anticuerpo monoclonal totalmente humano que bloquea el componente comunitado del receptor de interleucina (IL)-4 e IL-13, principales desencadenantes de la inflamación de tipo 2, redujo significativamente la tasa anualizada de exacerbaciones graves y mejoró la función pulmonar en niños con asma tipo 2 de moderada a grave no controlada (eosinófilos basales en sangre ≥ 150 células/ μ l o fracción exhalada de óxido nítrico [FeNO] ≥ 20 partes por mil millones [p. p. m.]). Este análisis evaluó las tasas de respuesta de la función pulmonar en la semana 12 de VOYAGE.

Material y métodos: Se asignaron aleatoriamente niños de entre 6 y 11 años con asma tipo 2 de moderada a grave no controlada para recibir 100 mg o 200 mg de dupilumab (según el nivel de peso corporal) cada 2 semanas o el volumen equivalente de placebo durante 52 semanas. Las variables incluyeron el cambio de la media de los mínimos cuadrados (MMC) respecto al valor basal del porcentaje

Figura 1. Comunicación 301. Proporción de pacientes con mejorías del ppVEF₁ pre-BD en la semana 12.

previsto del volumen espiratorio forzado en 1 segundo (ppVEF₁) pre-broncodilatador (pre-BD) y la proporción de pacientes que alcanzaron una mejoría ≥ 5% y ≥ 10% en el ppVEF₁ pre-BD.

Resultados: En la semana 12, el ppVEF₁ pre-BD mejoró significativamente con dupilumab frente a placebo en la población con asma tipo 2 (diferencia de la MMC [IC del 95%] 5,21 puntos porcentuales [2,14-8,27]; p = 0,0009). La proporción de pacientes que lograron una mejoría ≥ 5% en el ppVEF₁ con dupilumab fue del 59,7% (n = 141; [IC del 95%: 53,2-66,1]) frente a placebo, que fue del 50,0% (n = 57; [40,5-59,5]). Se alcanzó una mejoría ≥ 10% del ppVEF₁ en el 44,9% (n = 106; [38,5-51,5]) de los pacientes que recibieron dupilumab frente al 31,6% (n = 36; [23,2-40,9]) de los pacientes que recibieron placebo.

Conclusiones: En la semana 12, dupilumab mejoró significativamente el ppVEF₁ y más pacientes tratados con dupilumab cumplieron los criterios de respuesta al ppVEF₁ que los tratados con placebo.

639. EFECTIVIDAD DE BENRALIZUMAB EN ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA (AGE) CON MENOS DE 300 EOSINÓFILOS/µL

Eva Ballesteros Vázquez¹, Ignacio Boira Enrique²,

Andrés Sánchez Vera¹, Marta Palop Cervera³,

Inmaculada Lluch Tortajada⁴, Suliana Mogrovejo Calle¹,

Eusebi Chiner Vives² y Eva Martínez Moragón¹

¹Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España. ²Hospital Universitario Sant Joan, Alicante, España. ³Hospital de Sagunto, Valencia, España. ⁴Hospital Universitario de la Ribera, Valencia, España.

Introducción: El benralizumab ha mostrado mayor eficacia en los ensayos clínicos en AGE con > 300 eosinófilos/µL. Para tomar decisiones acerca de la indicación de este biológico en pacientes con cifras menores de eosinófilos, es conveniente obtener datos de los estudios de práctica clínica habitual.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que han participado 4 hospitales de la Comunidad Valenciana con unidad de asma. Hemos analizado todos los pacientes que han iniciado benralizumab entre 2019 y 2020 con un periodo de seguimiento de 12 meses; valoramos posibles diferencias en los resultados en función de la eosinofilia (eos) superior o no a 300 células/µL.

Resultados: Se han incluido 132 pacientes: 95 con > 300 eos (mediana 560, límites 300-3.020) y 37 con eos menores de 300 (mediana 78, límites 0-270). El 14% del primer grupo frente al 44% del otro eran corticodependientes (p = 0,004). No había diferencias basales entre ambos en el resto de tratamiento, ni en datos demográficos, función pulmonar, FENO, número de exacerbaciones en el año precedente o ACT. En un número mayor de pacientes del grupo de eosinófilos más bajos, benralizumab se había indicado como fallo de otros biológicos

previos (40% frente al 18%, p = 0,014). Con respecto a datos de efectividad al año, apreciamos diferencias significativas de respuesta en ambos grupos en el ACT y el FENO (mayor ACT y menor FENO en el grupo con > 300 eos); la ganancia en función pulmonar, la reducción de exacerbaciones y la mejoría de calidad de vida fue similar en ambos grupos de pacientes (tabla). Sin exacerbaciones graves a los 12 meses se han mantenido el 77% de pacientes con eos bajos y el 86% de los pacientes con eos mayores (p = 0,24). Con ACT > 20 al año había un 65% de pacientes con eos bajos frente al 81% de pacientes con eosinofilias mayores (p = 0,053). La función pulmonar normal se obtuvo en el 44% de pacientes con eos más bajos y en el 38% del resto (p = 0,59).

	< 300 eos (n 37)	≥ 300 eos (n 95)	P
Sexo (% mujeres)	46	54	0,928
IMC	27,64±5,37	27,94±5,10	0,675
Benralizumab tras fallo de otros biológicos (% pacientes):	40%	18%	0,0143
-Omalizumab (número casos)	7	12	
-Mepolizumab (número casos)	3	3	
-Omalizumab/Mepolizumab (número casos)	5	3	
No tabaquismo nunca (% pacientes)	46%	62%	0,060
Atopia +	41%	45%	0,266
Edad	59±14	55±13	0,124
Número de comorbilidades/pacientes	3,26±1	2,38±1	0,461
ACT al inicio (media+DS /mediana)	12±3	13±3	0,237
ACT al año	19±3	21±3	0,016
FEV1 (%) al inicio	71±26	76±88	0,073
FEV1 (%) al año	78±28	82±20	0,484
Exacerbaciones graves año previo	2,91±2,30	2,82±1,82	0,895
Exacerbaciones al año	1,38±0,74	1,69±1,18	0,686
FENO (ppb) inicio	49±34	43±30	0,377
FENO (ppb) al año	30±24	22±22	0,014
Eosinófilos al inicio	528±446	374±282	0,101
Eosinófilos al año	23±113	33±133	0,616
MiniAQLQ inicio	3±1	3,1±1	0,684
MiniAQLQ al año	5,1±1	5,4±0,93	0,429
Escala EVAS estado de salud (0-100) inicio	32±16	34±17	0,098
Escala EVAS estado de salud al año	61±20	70±19	0,775
Corticodependientes inicio (%)	44	14	0,0004
Corticodependientes año (%)	2,7	5,2	1,000

Tabla 1. Comunicación 639.

Conclusiones: El benralizumab demuestra ser eficaz en la práctica habitual en pacientes con AGE con cifras menores de 300 células/µL, algunos de ellos procedentes de fracasos con otros biológicos.

875. EFECTIVIDAD DE DUPILUMAB EN UNA UNIDAD DE ASMA GRAVE. CONTROL Y CALIDAD DE VIDA

Laura Fernández Mula, Rubén Andújar Espinosa, Marina Fernández Granja, Jennifer López Martínez, Mario Aparicio Vicente, Elena Solana Martínez, José Antonio Ros Lucas, Beatriz Fernández Suárez, Mercedes Garcí Varela Olea, Francisco José Ruiz López y Elena Martínez Orenes

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

Introducción: El dupilumab es un anticuerpo monoclonal recombinante que inhibe la señalización de la interleucina-4 (IL-4) y la interleucina-13 (IL-13), implicadas en la inflamación tipo 2. El objetivo fue demostrar el beneficio del tratamiento con dupilumab en vida real tanto en el control del asma como en la calidad de vida, en los pacientes adultos con asma grave T2 no controlada.

Parámetros	N=9
Mujeres n (%)	4 (44.4)
Edad (media ± DS)	57.0 ± 10.2
IMC (media ± DS)	25.6 ± 3.0
Nunca fumadores, n (%)	7 (77.8)
Exfumadores, n (%)	2 (22.2)
Fumadores activos, n (%)	0 (0.0)
Edad de inicio de síntomas	
0 - 18 años, n (%)	2 (22.2)
>18 años, n (%)	7 (77.8)
Atopia, n (%)	6 (66.7)
Rinosinusitis, n (%)	6 (66.7)
Poliposis nasal, n (%)	5 (55.6)
Cirugía de Poliposis	
Una vez	1 (12.5)
Más de una vez	3 (37.5)
SNOT-22 (media ± DS)	68.6
ABPA, n (%)	1 (11.1)
OSA, n (%)	2 (22.2)
EREA, n (%)	1 (11.1)
Corticodependientes, n (%)	4 (44.4)
Dosis de prednisona oral o equivalente (mg/d)	12.5 ± 2.9
Eosinófilos (media ± DS)	775.6 ± 391.6
IgE total (media ± DS)	674.3 ± 1421.2
FENO (media ± DS)	54.7 ± 25.9
ACT (media ± DS)	10.6 ± 1.6
MiniAQLQ (media ± DS)	3.2 ± 0.6
Crisis anuales (media ± DS)	3.1 ± 1.7
≥ 1 visita Urgencias, n (%)	5 (55.6)
FVC L (media ± DS)	3.23 ± 0.95
FVC % (media ± DS)	84.2 ± 18.3
FEV1 L (media ± DS)	1.93 ± 0.74
FEV1 % (media ± DS)	65.7 ± 19.6
Tratamiento previo con monoclonal	
Omalizumab, n (%)	4 (44.4)
Mepolizumab, n (%)	1 (11.1)

Tabla 1. Comunicación 875. Características basales.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo observacional en una cohorte de 9 pacientes con asma grave T2 de la Unidad de asma grave del servicio de Neumología del Hospital Virgen de la Arrixaca en tratamiento con dupilumab en un periodo de 6 meses. Se analizaron: el control del asma medido con el cuestionario de control del asma (ACT), el cuestionario de Calidad de Vida en Pacientes con Asma versión reducida (mini-AQLQ), la función pulmonar (FEV1 en mililitros y en porcentaje), FENO y la dosis de prednisona en los controles posteriores.

Resultados: El análisis llevado a cabo demostró que la puntuación mediana en el ACT previa al tratamiento fue de 10 (9,5-11,5) y tras 24 semanas mejoró 11 puntos, siendo la mediana del ACT de 22 (20-22) ($p = 0,04$). El mini-AQLQ previo al inicio del biológico fue de 2,9 (2,7-3,8) y mejoró 2,5 puntos tras 24 semanas, siendo la mediana de 5,4 (4-6,3), ($p = 0,04$). Por su parte, la mediana del FEV1 al inicio fue de 3.320 ml (2.670-3.890 ml) y 71% (46,5-83,5%) y al final fue de 3.920 ml (2.340-4.190 ml) ($p = 0,5$) y 88% (81,5-101%) ($p = 0,04$) respectivamente. Se observó un incremento de FEV1 de 546 ml de media. En cuanto al FENO al inicio, la mediana fue de 48 (36-66), disminuyendo hasta 23 a las 24 semanas (12-41) ($p = 0,14$). La dosis de prednisona inicial fue de 12,5 mg de prednisona (10-15), disminuyendo a 0 a las 24 semanas (rango 0-0).

Conclusiones: El dupilumab consigue mejorar tanto el control del asma como y la calidad de vida, así como la función pulmonar en los pacientes con asma grave T2 de forma estadísticamente significativa en vida real tras 6 meses de seguimiento, con resultados similares a otras series e incluso superiores a resultados de los ensayos clínicos. Sería recomendable realizar más estudios con un volumen mayor de pacientes.

794. EFECTIVIDAD Y MOTIVOS DE RETIRADA DEL TRATAMIENTO CON MEPOLIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA SEGUIDOS DURANTE 3 AÑOS

Belén Muñoz Sánchez¹, Francisco Javier Álvarez Gutiérrez¹, Auxiliadora Romero Falcon¹, Juan Francisco Medina Gallardo¹, María Victoria Maestre Sánchez¹, Ana Gómez Bastero Fernández², Stefan Cimballek³, Julio Delgado Romero⁴, Ana Ruiz Bernal¹ y Marta Ferrer Galván¹

¹Unidad de Asma, UMQER, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ²Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ³Servicio de Alergia, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ⁴Servicio de Alergia, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción: El mepolizumab es un anticuerpo monoclonal Anti IL5 que ha demostrado su efectividad y seguridad en ensayos clínicos en pacientes con asma grave no controlada (AGNC) eosinofílica. Sin embargo, existen pocos estudios a largo plazo en práctica habitual que evalúen la efectividad y motivos de retirada del tratamiento. Objetivo: estudiar a largo plazo (3 años) a pacientes con AGNC eosino-

	RESULTADOS						
	Basal (n=9)	4 semanas (n=9)	p	12 semanas (n=9)	p	24 semanas (n=5)	p
ACT, mediana (IQR)	10.0 (9.5 - 11.5)	18.0 (12.5 - 21.0)	< 0.01	20.5 (18.0 - 21.8)	0.01	22.0 (20.0 - 22.0)	0.04
Mini AQLQ, mediana (IQR)	2.9 (2.7 - 3.8)	3.9 (3.6 - 5.8)	0.02	4.8 (4.0 - 5.8)	0.01	5.4 (4.0 - 6.3)	0.04
FEV1 L, mediana (IQR)	1.73 (1.34 - 2.64)	2.34 (1.67 - 2.91)	0.01	2.50 (1.72 - 2.98)	0.01	2.87 (1.77 - 3.26)	0.04
FEV1 %, mediana (IQR)	71.0 (46.5 - 83.5)	87.0 (77.0 - 90.5)	0.01	88.5 (78.3 - 93.5)	0.01	88.0 (81.5 - 101.0)	0.04
FVC L, mediana (IQR)	3.32 (2.67 - 3.89)	3.70 (2.99 - 4.90)	0.01	3.64 (2.92 - 4.26)	0.02	3.92 (2.34 - 4.19)	0.50
FVC %, mediana (IQR)	89.0 (76.5 - 97.0)	104.0 (90.0 - 115.0)	< 0.01	107.0 (82.3 - 115.5)	0.01	105.0 (86.0 - 108.5)	0.04
FEV1/FVC, mediana (IQR)	59.0 (50.0 - 67.5)	66.0 (59.0 - 73.5)	0.06	75.0 (60.5 - 80.0)	0.03	76.0 (70.5 - 78.5)	0.04
FENO, mediana (IQR)	48.0 (36.0 - 66.0)	33.0 (26.0 - 45.0)	< 0.01	28.0 (23.5 - 39.3)	0.01	23.0 (12.0 - 41.0)	0.14
Eosinófilos séricos, mediana (IQR)	640.0 (475.0 - 1075.0)	—	—	650.0 (610.0 - 650.0)	0.11	530.0 (305.0 - 2230.0)	0.50
	n=4	n=4		n=3		n=2	
Dosis de prednisona oral o equivalente, mg/d, mediana (IQR)	12.5 (10.0 - 15.09)	2.5 (0.0 - 12.5)	0.06	0.0 (0.0 - 0.0)	0.32	0.0 (0.0 - 0.0)	0.32
	n=5	n=5		n=5		n=3	
SNOT-22, mediana (IQR)	69.0 (51.0 - 86.0)	43.0 (21.0 - 57.0)	0.04	39.0 (20.5 - 56.5)	0.04	38.0 (37.0 - 38.0)	0.11

Tabla 2. Comunicación 875. Resultados.

fílica tratados con mepolizumab, evaluando la efectividad y los motivos de retirada del tratamiento.

Material y métodos: Estudio multicéntrico en práctica clínica habitual en el que se evalúan pacientes con asma eosinofílica grave no controlada en tratamiento con mepolizumab durante 3 años seguidos en consultas externas de neumología y alergología. Se hizo un seguimiento de los pacientes, estudiando factores clínicos, exacerbaciones graves anuales, ciclos de esteroides, ingresos hospitalarios, función pulmonar, parámetros de inflamación recogidos en el momento del inicio del tratamiento y tras 3 años. Se analizaron mediante comparación de las medias utilizando el test de t para muestras pareadas. Así mismo se evaluaron los motivos de retirada del tratamiento, según clasificación: efectos secundarios graves, no respuesta al tratamiento, respuesta parcial, pérdida de efectividad, embarazo o *exitus*.

	Valores iniciales Media (DS)	Valores a los 3 años Media (DS)	p
FEV1 cc preBD	1761.9(813.1)	2007.5(696)	0.007
FEV1%	74.5(30.3)	83.8(2.8)	0.068
FEV1/FVC	64(1.8)	69.2(1.76)	0.01
ACT	12.2(4.86)	21.2(3.4)	0.00001
FENO	63.2(48.5)	63(50.1)	NS
Eosinófilos sangre	856(454)	75(41)	0.00001
Exacerbaciones graves	4.4(2.6)	0.3(0.7)	0.00001
Atenciones urgencias	3.7(3)	0.24(0.6)	0.00001
Ciclos corticoides orales	4.4(2.9)	0.28(0.7)	0.00001
Dosis equivalente esteroides inhalados	2198.8 (528)	1914(454)	0.006

Tabla 1. Comunicación 794. Evolución de pacientes tratados con mepolizumab a largo plazo.

Resultados: Incluimos un total de 76 pacientes (mujeres 73,7%) de edad media 54,3 (14,8) años. La evolución fue muy satisfactoria con mejorías significativas en el control medido por ACT, número de exacerbaciones, atención en urgencias, ciclos de esteroides orales. También mejoró la función pulmonar, con mejorías de más de 245 cc del FEV1. El número de pacientes con esteroides sistémicos pasó de 34 iniciales a 4 a los 3 años. Durante el seguimiento fue retirado el tratamiento en 34 pacientes (44,7% del total). Los motivos de retirada fueron por efectos secundarios en 6 casos (8%), no respuesta en

12 casos (15,8%), respuesta parcial en 5 casos (6,6%), pérdida de efectividad en 9 casos (11,8%), embarazo en 2 casos (2,6%). Hubo un *exitus* no relacionado con crisis asmática.

Conclusiones: A los 3 años los pacientes que continuaron con mepolizumab mejoraron de forma significativa en parámetros de control del asma (ACT), número de exacerbaciones, ingresos hospitalarios, tratamiento con esteroides orales y función pulmonar. El tratamiento fue retirado en el 44,7% de los pacientes. El motivo más frecuente fue la no respuesta al tratamiento, seguido de la pérdida de efectividad, los efectos secundarios y la respuesta parcial.

739. EFECTO DE BENRALIZUMAB EN LA CAPACIDAD DE EJERCICIO EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA

Maria Cinta Cumpli Gargallo, Maria Eugenia Navarrete Rouco, Antonio Sancho Muñoz, Anna Rodó Pin, Mireia Admetlló Papiol, Ángela García Sanz, Patrick John Hurley Barahona, Diego Agustín Rodríguez Chiariadía y María Pilar Ausín Herrero

Hospital del Mar, Barcelona, España.

Introducción: Los pacientes con asma grave no controlada (AGNC) fenotipo T2 se pueden beneficiar de tratamientos biológicos dirigidos. La respuesta al tratamiento es evaluada en función de parámetros clínicos (síntomas, exacerbaciones), del tratamiento (reducción de dosis de corticoides) y funcionales (FEV1). No obstante, es frecuente que los pacientes expresen su mejoría aludiendo a su mayor capacidad para realizar sus tareas cotidianas tras iniciar dicho tratamiento. Sin embargo, hasta el momento no se han realizado estudios que evalúen el impacto en la capacidad de ejercicio tras el inicio de tratamientos biológicos. Objetivo: valorar los cambios en la capacidad de ejercicio tras 4 meses de tratamiento con benralizumab mediante prueba de ejercicio cardiopulmonar a carga constante (PECC).

Material y métodos: Realizamos un estudio analítico prospectivo unicéntrico durante el periodo de abril 2019-julio 2022 donde se incluyeron todos los pacientes que iniciaron benralizumab y dieron su consentimiento. Se recogieron las siguientes variables (basal y a los 4 meses): Síntomas clínicos (ACT), función pulmonar (FEV1), exacerbaciones, y tiempo de resistencia medido a través de PECC al 75% del máximo teórico del paciente.

Resultados: Un total de 13 pacientes fueron incluidos en el estudio. Cuatro pacientes fueron excluidos por no poder realizar la prueba de ejercicio postratamiento (pandemia COVID). Los datos clínicos y funcionales de los pacientes analizados se recogen en la tabla. Tras cuatro meses desde el inicio de benralizumab, todos los pacientes presentaron mejoría clínica valorada mediante el ACT. Además, se observó una mejoría significativa en el tiempo de resistencia en la

Paciente	Antes de tratamiento				Benralizumab: 4 meses			
	ACT	FEV1	Crisis/ CO	Tiempo resistencia	ACT	FEV1	Crisis/ CO	Tiempo resistencia
1	10	1860	Corticode p.	202	23	2340	0	161
2	11	1780	Corticode p.	157	25	3000	0	324
3	17	3010	4	259	24	4320	0	312
4	6	3150	2	75	12	3150	0	119
5	18	1500	3	70	24	1220	0	80
6	12	1270	6	51	24	1670	0	133
7	9	680	Corticode p.	88	11	715	0	201
8	8	1980	2	207	21	2200	0	600
9	17	2100	Corticode p.	101	24	1930	0	122

Tabla 1. Comunicación 739.

PECC (fig.), sin embargo, tres pacientes no mostraron mejoría. No se observaron correlaciones entre las variables analizadas.

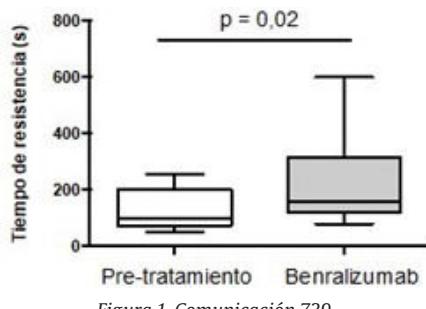


Figura 1. Comunicación 739.

Conclusiones: Los cambios obtenidos en la capacidad de ejercicio no se relacionan directamente con la mejora en la función pulmonar después de 4 meses de tratamiento con benralizumab. La PECC podría ser una adecuada herramienta para valorar el impacto de los tratamientos biológicos en los pacientes con AGNC.

26. EFICACIA DE BENRALIZUMAB EN EL ASMA EOSINOFÍLICO GRAVE NO CONTROLADO: REMISIÓN CLÍNICA BAJO TRATAMIENTO

Ignacio Boira Enrique, Eusebi Chiner Vives, Irene Mate Martín, Violeta Esteban Ronda, Anastasiya Torba Kordyukova, Carmen Castelló Faus, Carly Celis Pereira, María Hernández Padilla, Esther Pastor Esplá, José Norberto Sancho Chust, María Ángeles Bernabeu Martínez, Marcos Planelles de Castro y Teresa Aznar Saliente

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

Introducción: El benralizumab se ha mostrado efectivo en el tratamiento del asma eosinofílico grave no controlado (AEGNC) permitiendo obtener superrespuesta y remisión clínica bajo tratamiento.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con AEGNC que iniciaron terapia con benralizumab. Se analizó función pulmonar, eosinofilia, IgE, comorbilidad y cambios en cuestionarios ACT, ACQ, escala analógica visual (VAS), AQLQ, disminución, retirada de esteroides y de otra medicación, ingresos hospitalarios y visitas a urgencias respecto al año anterior. Se empleó la escala FEOS y EXACTO en la evaluación de la respuesta.

Resultados: Se analizaron 62 pacientes, 36 mujeres (58%) y 26 hombres (42%), 56 ± 16 años, FEV1% 78 ± 19 , IMC $26,4 \pm 5$ kg/m², seguimiento 21 ± 8 meses, IgE 332 ± 435 UI/mL (25-3.041), 695 ± 443 eosinófilos. Habían recibido omalizumab 8 (13%). Comorbilidad (una o más patologías): rinitis 66%, poliposis nasal 63%, anosmia/hiposmia 64%, dermatitis atópica 40%, EREA 18%, alergia alimentaria 21%, aspergilosis broncopulmonar alérgica 6,5%, SAHS 4%, obesidad 6%, bronquiectasias 2%, neumonía eosinofílica crónica con asma 1,6%. Recibían habitualmente uno o más: dosis altas de ICS/LABA 100%, montelukast 45%, LAMA 48%, antihistamínicos 15%, xantinas 3%, esteroides orales en 8%. Habían ingresado en el último año 32%, 58% había acudido a urgencias, 61% recibieron ciclos de esteroides orales, con $4,5 \pm 6$ exacerbaciones/año. Comparando basal y tras tratamiento, se observaron diferencias en VAS (7 ± 1 vs. 2 ± 1 , $p < 0,001$), ACT (15 ± 1 vs. 22 ± 1 , $p < 0,001$) y ACQ ($2,7 \pm 0,2$ vs. $1,1 \pm 0,4$, $p < 0,001$), AQLQ ($2,4 \pm 0,28$ vs. $5,6 \pm 0,28$, $p < 0,001$), FVC% (93 ± 19 vs. 96 ± 20 , $p < 0,01$), FEV1% (79 ± 22 vs. 86 ± 22 , $p < 0,001$), con una diferencia media en FEV1 de 237 ± 185 ml. Se redujeron las exacerbaciones ($4,5 \pm 6$ vs. $0,7 \pm 2$, $p < 0,001$), visitas a urgencias ($1,8 \pm 2,2$ vs. $0,2 \pm 0,7$, $p < 0,001$), ingresos ($1 \pm 0,6$ vs. $0,2 \pm 0,6$, $p < 0,001$) y ciclos de esteroides ($1,8 \pm 2,2$ vs. $0,2 \pm 0,7$, $p < 0,001$), que representó 84%, 89%, 80%, 89% de reducción respectivamente. De los 5 pacientes con esteroides orales se retiraron en 2 y redujeron en 3. La medicación de mantenimiento y rescate se redujo significativamente ($p < 0,001$). La puntuación media de

FEOS fue 74 ± 7 . Alcanzaron respuesta completa/superrespuesta 31 pacientes (50%), buena en 25 (40%) y parcial en 6 (10%).

Conclusiones: El benralizumab mejoró el control del asma y la función pulmonar en pacientes con AEGNC, disminuyendo la necesidad de esteroides orales, medicación de mantenimiento y rescate, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios, alcanzando criterios de remisión clínica el 50%.

826. EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON DUPILUMAB EN PACIENTES CON ASMA, CON Y SIN UNA REDUCCIÓN MÍNIMAMENTE RELEVANTE DE LA FRACCIÓN EXHALADA DE ÓXIDO NÍTRICO (FENO) TRAS 2 SEMANAS DE TRATAMIENTO

Ana Isabel Sogo Sagardia¹, Ian D. Pavord², Michael E. Wechsler³, William W. Busse⁴, Christian Domingo¹, Changming Xia⁵, Rebecca Gall⁵, Nami Pandit-Abid⁶, Juby A. Jacob-Nara⁶, Amr Radwan⁵, Paul J. Rowe⁶ y Yamo Deniz⁵

¹Servicio de Neumología, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España. ²Centro de Investigación Biomédica de Oxford y NIHR, Universidad de Oxford, Oxford, Reino Unido. ³División de Medicina Pulmonar, de Cuidados Críticos y del Sueño, National Jewish Health, Denver, Estados Unidos.

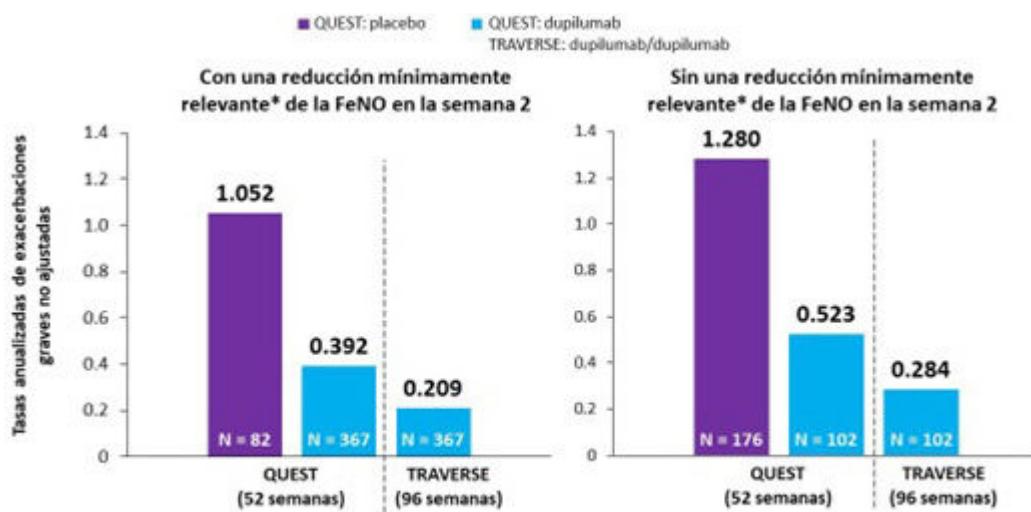
⁴Alergología, Neumología y Medicina Intensiva de la UW, Facultad de Medicina y Salud Pública de la Universidad de Wisconsin, Wisconsin, Estados Unidos. ⁵Regeneron Pharmaceuticals, Inc, Tarrytown, Estados Unidos. ⁶Sanofi, Bridgewater, Estados Unidos.

Introducción: La reducción de la FeNO puede predecir la respuesta al tratamiento en pacientes con asma. TRAVERSE (NCT02134028) evaluó la seguridad, tolerabilidad y eficacia a largo plazo de dupilumab (DPL) en pacientes con asma de moderada a grave que participaron en un estudio previo de pacientes con asma tratados con DPL. Este análisis se evaluó la eficacia de DPL en los pacientes de QUEST que se incluyeron en TRAVERSE, estratificados en función de la reducción de la FeNO en la semana 2 de QUEST.

Material y métodos: Los pacientes que recibieron DPL en QUEST siguieron el tratamiento con 300 mg de DPL Q2W (DPL/DPL) en TRAVERSE hasta un máximo de 96 semanas; los que recibieron placebo (PBO) iniciaron tratamiento con DPL (PBO/DPL). En este análisis se incluyeron todos los pacientes del grupo de tratamiento con DPL/DPL con FeNO ≥ 25 ppb al inicio de QUEST, posteriormente estratificados en dos grupos en función de si lograban una reducción mínimamente relevante de la FENO en la semana 2 de QUEST (definida como una reducción $\geq 20\%$ en los pacientes con FeNO ≥ 50 ppb y una reducción > 10 ppb en los pacientes con FeNO < 50 ppb al inicio de QUEST). Variables: tasas de exacerbación grave anualizadas (TEA) y cambio respecto al inicio de QUEST en el volumen respiratorio forzado en un segundo prebroncodilatador (VEF1 pre-BD).

Resultados: En QUEST, DPL redujo la TEA independientemente de que se hubiera logrado una reducción mínimamente relevante de la FeNO en la semana 2 de QUEST; esto se mantuvo a lo largo de TRAVERSE (figura). En el grupo de DPL/DPL, 367/469 pacientes mostraron una reducción mínimamente relevante de la FeNO. En TRAVERSE, DPL redujo la TAE de 0,392 a 0,209 en los pacientes que experimentaron una reducción mínimamente relevante de la FeNO y de 0,523 a 0,284 en los que no la experimentaron. Las mejoras observadas en el valor de VEF1 pre-BD durante QUEST se mantuvieron durante TRAVERSE (cambio medio entre el inicio de QUEST y la semana 52 de QUEST: 0,48/0,38 l; la semana 48 de TRAVERSE: 0,50/0,44 l; la semana 96 de TRAVERSE: 0,45/0,31 l en los pacientes con/sin una reducción mínimamente relevante de la FeNO, respectivamente).

Conclusiones: La eficacia de DPL se mantuvo durante 3 años en los pacientes con y sin una reducción mínimamente relevante de la FeNO; las mejorías fueron numéricamente superiores en pacientes con una reducción mínimamente relevante de la FeNO en la semana 2 de QUEST.



* Mínimamente relevante se define como una reducción $\geq 20\%$ en pacientes con niveles basales de FeNO ≥ 50 ppb o como una reducción > 10 ppb en pacientes con niveles basales de FeNO < 50 ppb; FeNO = fracción exhalada de óxido nítrico.

Figura 1. Comunicación 826. Tasas de exacerbación grave anualizadas no ajustadas durante QUEST y TRAVERSE para los pacientes con y sin una reducción mínimamente* relevante de la FeNO en la semana 2 de QUEST.

444. EL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN UNA CONSULTA DE ASMA GRAVE, MEDIDO POR EL TEST DE ADHERENCIA A LOS INHALADORES Y LA RECOGIDA DEL TRATAMIENTO A TRAVÉS DE LA RECETA ELECTRÓNICA

Sara González Castro, Winnifer Briceño Franquiz, Diego Durán Barata, Ana Retegui García, Ana Castillo Durán, Ignacio Jara Alonso, María Ponte Serrano, Sabela González Castro, Laura Lago Lagunas, Patricia Mercado Fleitas, Edwin Yong Portugal, Raquel Morillo Guerrero, Aurora Solier López y Silvia Sánchez Cuellar

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

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

Material y métodos: Se incluyeron 115 pacientes en seguimiento en la consulta de asma de un hospital terciario que presentaron una mala adhesión terapéutica medida por (TAI-10) < 50 entre el 01/11/2021 y 30/06/2022. Se recogieron las siguientes variables clínicas: edad, sexo, tabaquismo, diagnóstico y gravedad del asma en función de los escalones terapéuticos según GEMA, control de la enfermedad medida por el cuestionario asma control test (ACT), la adhesión terapéutica, medida por el TAI y por la recogida del tratamiento a través de la receta electrónica (CRE), función pulmonar, niveles de la fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO) y número de agudizaciones en el último año. El CRE se clasificó en buena y mala adhesión terapéutica en función del % de retirada de la medicación, en ≥ 80 , y < 80 , respectivamente.

Resultados: Las características de los pacientes se resumen en tabla 1. Los pacientes presentaron un TAI global medio de $45,02 \pm 4,19$, y el 60,87% de la muestra tenían un buen cumplimiento (≥ 80) medido por el CRE. El 59,13% de la población presentaba un ACT ≥ 20 , con un FEV1 medio de $83,03 \pm 20,06\%$ y un FeNO de $41,63 \pm 52,6$ ppb. El 78,07% no presentó agudizaciones el año anterior. El incumplimiento más frecuente fue el errático, siendo el motivo más frecuente los olvidos. Se realizó un análisis estadístico que analizó

el tipo de incumplimiento, medido por ambos métodos, con la gravedad, número de agudizaciones, el sexo, y el FeNO, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas excepto entre el FENO y el TAI que valora el incumplimiento errático y el TAI global (tabla 2).

VARIABLES	PACIENTES CON ASMA (n= 115)
Edad	$55,03 \pm 13,83$
Sexo	
Mujeres	79 (68,70%)
Diagnóstico de asma	
- Precoz (<30 años)	44 (70,97%)
- Tardío (≥ 30 años)	18 (29,03%)
Tabaquismo	
- Fumadores	11 (9,56%)
- IPA	$18,88 \pm 9,10$
TAI GLOBAL (1-10)	$45,02 \pm 4,19$
- TAI1-5	21,31
- TAI6-10	23,7
Cumplimiento por receta electrónica	
- Buena adhesión ($\geq 80\%$)	70 (60,87%)
- Mala adhesión ($< 80\%$)	45 (39,13%)
ACT	$19,89 \pm 4,72$
- Bien controlados (≥ 20)	68 (59,13%)
- Parcialmente controlados (16-19)	23 (20%)
- Mal controlados (≤ 15)	24 (20,87%)
Gravedad del asma	
- Grave (Escalón 5-6 GEMA 5.2)	75 (65,22%)
- Moderado (Escalón 3-4 GEMA 5.2)	39 (33,91%)
Función pulmonar	
- FVC%	$88,65 \pm 16,73$
- FEV1%	$83,03 \pm 20,06$
- FEV1/FVC%	$75,55 \pm 11,05$
- FeNO (ppb)	$41,63 \pm 52,6$
Agudizaciones	
- Si	25 (21,93%)
- Número de agudizaciones	$1,36 \pm 0,81$

Tabla 1. Comunicación 444. Características clínicas de los pacientes.

Conclusiones: El tipo de incumplimiento terapéutico más frecuente es el errático, siendo la causa más frecuente los olvidos. El

	TAI1-5	p	TAI6-10	p	TAI1-10	p
Escalón terapéutico						
- Moderado (3-4)	20,9	p=0,18	23,72	p=0,87	44,62	
- Grave (5-6)	21,56		23,68		45,24	
Agudizaciones		p=0,75		p=0,86		p=0,77
- Sí	21,4		23,84		45,24	
- No	21,27		23,69		44,96	
FeNO		p=0,004		p=0,11		p=0,02
- <30 ppb	22,1		23,99		46,06	
- ≥ 30 ppb	20,4		23,55		43,95	
Sexo		p=0,427		p=0,6		p=0,435
- Mujeres	21,18		23,63		44,81	
- Hombres	21,61		23,86		45,47	

Tabla 2. Comunicación 444. Cumplimiento terapéutico de los pacientes en función del TAI y la recogida de la medicación a través de la receta electrónica.

60,87% de la muestra estudiada presentaba un cumplimiento medido por CRE, con un TAI global de $45,02 \pm 4,19$. Los niveles de FENO menores de 30 ppb confirman la existencia de una mayor adhesión terapéutica medida por el TAI.

599. ESTUDIO ANALÍTICO DEL RIESGO DE PRESENTAR EVENTOS CARDIOVASCULARES EN UNA COHORTE DE 206 PACIENTES ASMÁTICOS

Omar Fabián Chaparro Díaz¹, Teresa Lázaro Miguel-Sin¹, Daniel Jose Allocá Alvarez¹, Patricia Mir², Emilio Narváez², Jorge Correa², Íñigo Alcat Mederos³, Patricia López Cortés³, Santiago Barber Murga³, Itsaso Losantos García⁴, Leticia de Las Vecillas², Daniel Laorden Escudero¹, Elena Villamañán Bueno³, David Romero Ribate¹, Javier Domínguez Ortega², Santiago Quirce Gancedo² y Rodolfo Álvarez-Sala Walther¹

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ²Servicio de Alergología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ³Servicio de Farmacia, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ⁴Servicio de Estadística, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción: La enfermedad asmática se asocia frecuentemente con gran número de comorbilidades, pero hay poca evidencia sobre las implicaciones cardiovasculares en estos pacientes. El objetivo de este estudio fue evaluar los efectos cardiovasculares en una cohorte retrospectiva de pacientes con asma en nuestro hospital.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional tipo cohorte retrospectiva de 206 pacientes asmáticos valorados en la Unidad de Asma del Hospital Universitario La Paz. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades y tipo de asma, así como marcadores biológicos y parámetros espirométricos. Se registró si el paciente había sufrido un evento cardiovascular y el tipo de evento sufrido. También se recogió si el paciente estaba en tratamiento con fármacos biológicos, con corticoides sistémicos, así como el tratamiento inhalado. Se realizó un estudio de regresión logística multivariante para evaluar qué variables se asociaron con un mayor riesgo de sufrir el evento cardiovascular.

Resultados: Se recopilaron un total de 206 pacientes con asma, el 65,6% mujeres, con una edad media de 57 ± 18 años, 121 pacientes (58,7%) padecían asma alérgica. 98 pacientes padecían obesidad/sobrepeso, 24 diabetes, 65 hipertensión, 52 dislipemia y 21 apnea del sueño. 23 pacientes (11%) sufrieron evento cardiovascular. Se obser-

vó mayor riesgo de presentar un evento cardiovascular en aquellos pacientes que padecían hipertensión arterial (OR = 2,717, p = 0,026), dislipemia (OR = 9,339, p < 0,001) y EPOC (OR = 5,358, p = 0,003). También se observó mayor riesgo de padecer un evento cardiovascular en los pacientes con FEV1 mayor del 80% (OR = 3,316, p = 0,013), este hallazgo se observa también al estudiar la variable FEV1 de manera continua (OR = 1,024, p = 0,032). Por el contrario, se observó un riesgo reducido de evento cardiovascular en aquellos pacientes que tenían más de 150 eosinófilos por microlitro (OR = 0,225, p = 0,025). En el modelo multivariante se observa que depende dislipemia (OR = 16,24; p < 0,001), eosinófilos > 150 cel/ μ l (OR = 0,227; p = 0,078) y FEV1 (OR = 1,008; p = 0,011).

	p-value	OR	CI 95%
Sexo	0.715		
- Varón			
- Mujer			
Asma eosinofílica	0.169		
Asma alérgica	0.089		
Obesidad (IMC>30)	0.228		
Tabaquismo	0.275		
Diabetes tipo II	0.255		
Hipertensión arterial	0.026	2.717	1.126-6.551
Dislipemia	<0.001	9.339	3.569-24.439
Apnea del sueño	0.177		
EPOC	0.003	5.358	1.761-16.305
Pólipos nasales	0.944		
Rinosinusitis	0.620		
Eosinófilos >150/mcl	0.025	0.225	0.061-0.833
Inmunoglobulina E>100	0.684		
Exacerbaciones ≥1 anual	0.936		
FEV1≥80	0.013	3.316	1.289-8.530
FeNO ≥ 40	0.162		

	p-value	OR	CI 95%
Índice paquetes-año	0.350		
Índice de masa corporal	0.353		
Eosinófilos	0.466		
Inmunoglobulina E	0.209		
Número de exacerbaciones	0.268		
FEV1	0.032	1.024	1.002-1.046
FeNO	0.162		

Tabla 1. Comunicación 599. Evento cardiovascular (variables categóricas).

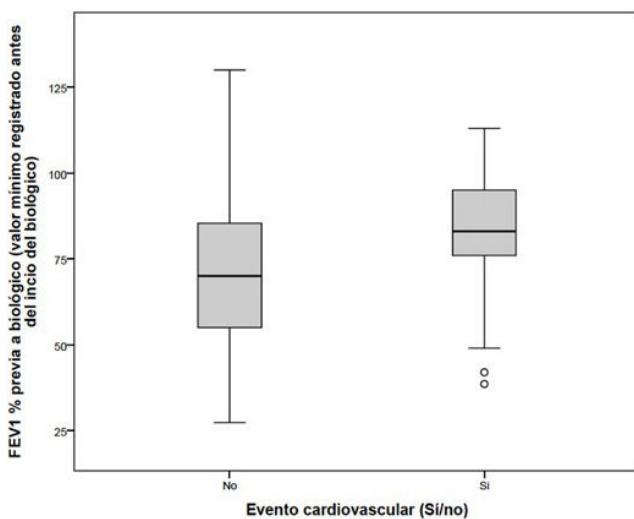


Figura 1. Comunicación 599.

Conclusiones: Los pacientes con asma e hipertensión arterial, dislipemia y EPOC sufren mayor riesgo de evento cardiovascular. Se observó un menor riesgo de evento cardiovascular en pacientes con eosinofilia y pacientes con FEV1 bajo. Estos resultados deben tenerse en cuenta de manera precavida por su carácter observacional retrospectivo.

870. ESTUDIO DE CONCORDANCIA DEL EFECTO DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS INHALADOS A TRAVÉS DE LA AEROCÁMARA DOSIVENT® CON AEROCHAMBER PLUS® FLOW-VU® EN PACIENTES CON HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL

Zichen Ji, Ángela Gómez Sacristán, Raquel Terán Marcos, Walther Iván Girón Matute, Cristhian Alonso Correa Gutiérrez, Cristina Sánchez Fernández y Luis Puente Maestu

Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción: Las aerocámaras son dispositivos utilizados para facilitar y mejorar el uso de determinados inhaladores. Existe una nueva aerocámara llamada Dosivent®, que no ha sido previamente estudiada.

Material y métodos: Realizamos un estudio no aleatorizado en sujetos con hiperreactividad bronquial. Se comparó el incremento del volumen espiratorio forzado durante el primer segundo (FEV1) y de la capacidad vital forzada (FVC) antes y después de administrar salbutamol a través de Dosivent® con respecto a Aerochamber Plus® Flow-Vu®. Se realizó un análisis de concordancia mediante coeficiente de correlación intraclass y gráfico de Bland-Altman. También se comparó la satisfacción de los sujetos con las aerocámaras medida con el cuestionario FSI-10.

Resultados: Se incluyeron un total de 50 sujetos. La mitad de ellos eran varones, y la edad media fue de 58,0 (desviación estándar -DE- 18,5) años. De ellos, 31 sujetos (62%) tenían obstrucción al flujo aéreo. La mediana de incremento de FEV1 obtenido con Aerochamber Plus® Flow-Vu® y Dosivent® fueron de 280 mL (rango intercuartílico -RIC- 208-380) y 285 mL (RIC 198-430), y la mediana de incremento de FVC fue de 285 mL (RIC 185-373) y 280 mL (RIC 188-453), respectivamente. El coeficiente de correlación intraclass entre ambos incrementos de FEV1 fue de 0,865, y el de FVC fue de 0,820. Las figuras son gráficos de Bland-Altman que representan la concordancia de FEV1 y FVC entre ambas aerocámaras. La mediana de puntuación en el cuestionario FSI-10 fue de 42 (RIC 37-47) con Aerochamber Plus® Flow-Vu® y 44 (RIC 39-48) con Dosivent®, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

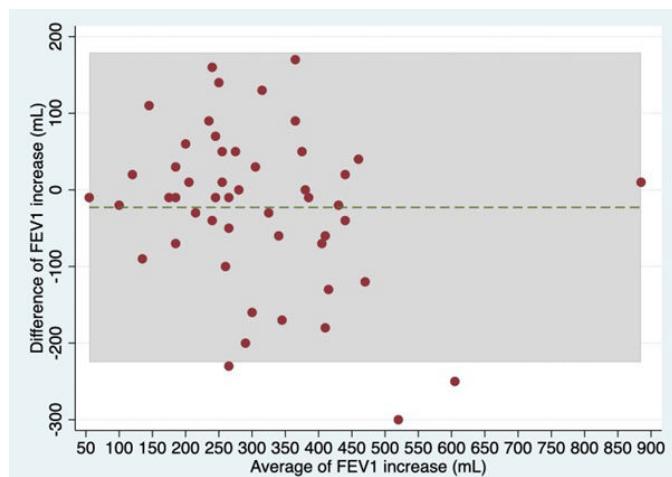


Figura 1. Comunicación 870. Gráfico de Bland-Altman que representa la concordancia del incremento de FEV1 entre Aerochamber Plus® Flow Vu® y Dosivent®.

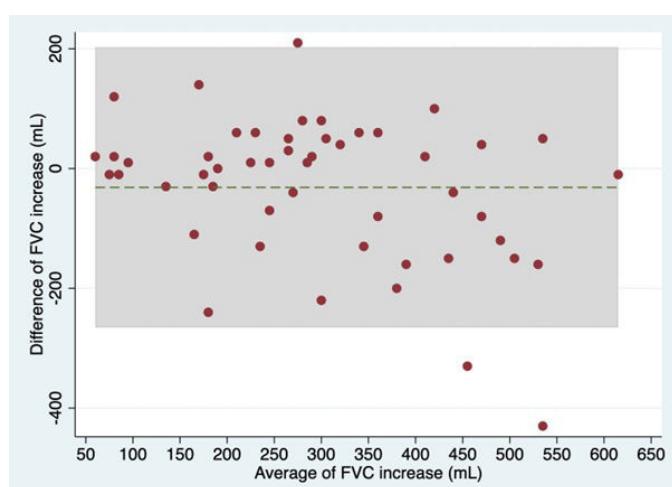


Figura 2. Comunicación 870. Gráfico de Bland-Altman que representa la concordancia del incremento de FVC entre Aerochamber Plus® Flow Vu® y Dosivent®.

Conclusiones: Se documentó una excelente concordancia en cuanto al incremento de FEV1 y FVC entre Dosivent® y Aerochamber Plus® Flow-Vu®, por lo que se podrían utilizar indistintamente en la práctica clínica habitual.

636. ESTUDIO DE EFICACIA DE LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN EL ASMA GRAVE DE CONTROL DIFÍCIL (AGCD) EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ DE HUELVA

Javier Romero López, Carla Romero Sayago, Alberto González Hernández, Jaime Domínguez Caro, Santiago Soto Ontiveros y Antonio Pereira Vega

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

Introducción: Desde 2006 disponemos de los tratamientos biológicos como herramienta terapéutica para pacientes con asma grave de difícil control (AGDC). Actualmente contamos con omalizumab (O), benralizumab (B), mepolizumab (M) y dupilumab (D). Objetivo: analizar la eficacia de cada uno de los fármacos biológicos en la cohorte de pacientes con AGDC del hospital Juan Ramón Jiménez (HJR) de Huelva.

Material y métodos: Tras actualizar la base de datos de pacientes con AGDC que han recibido terapias biológicas desde 2007 hasta el 2022, hemos valorado la eficacia de cada uno de estos tratamientos en base a los 4 criterios recogidos en la escala multidimensional EXACTO medidos a los 4 y 12 meses del inicio del fármaco: exacerbaciones, corticoides sistémicos, ACT y volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1).

Resultados: Se han analizado 139 pacientes que han iniciado tratamiento biológico (54 O, 44 B, 33 M y 8 D) desde 2007 y cumplían los criterios de inclusión mencionados previamente. Tras 4 meses de inicio del fármaco, no tuvieron respuesta el 19,2% de los pacientes con O, el 21,5% de B, el 19,35% de M y el 0% de D. Presentaron un control parcial el 25% de los tratados con O, el 12,5% con B, el 16,17% de M y el 33,3% de D. Mostraron buena respuesta el 26,75% de los pacientes con O, el 29,9% con B, el 27,1% con M y el 33,3% con D. Manifestaron una respuesta completa (superrespondedor) el 29,05% con O, el 36,1% con B, el 37,38% con M y el 33,3% con D. A los 12 meses, no tuvieron respuesta el 19,42% de los pacientes con O, el 14,07% de B y el 20% de M. Presentaron un control parcial el 19,17% de los tratados con O, el 13,65% con B y el 13% de M. Mostraron buena respuesta el 36,92% de los pacientes con O, el 36,08% con B y el 36,85% con M. Manifestaron una respuesta completa (superrespondedor) el 24,49% con O, el 36,26% con B y el 30,15% con M. Estos resultados se recogen en la tabla 1.

	% Respuesta a 4 meses				% Respuesta a 12 meses		
	O	M	B	D	O	M	B
No respuesta	19,2	19,35	21,5	0	19,42	20	14,07
Respuesta parcial	25	16,17	12,5	33,3	19,17	13	13,65
Respuesta buena	26,75	27,1	29,9	33,3	36,92	36,85	36,08
Superrespondedor	29,05	37,38	36,1	33,3	24,49	30,15	30,15

Tabla 1. Comunicación 636. Eficacia de los fármacos biológicos en pacientes asmáticos a los 4 y 12 meses de inicio del tratamiento.

Conclusiones: 1. Los fármacos biológicos fueron eficaces en el 80% de los pacientes de nuestra cohorte con AGCD. 2. No encontramos una clara diferencia entre los parámetros analizados a los 4 y 12 meses del inicio del tratamiento. 3. Los fármacos con mayor eficacia en nuestra población fueron el B, seguido del M y O siendo estos resultados estadísticamente significativos. 4.- Es necesario un mayor tamaño muestral de pacientes con D para valorar su eficacia.

616. ESTUDIO DE LA FRECUENTACIÓN DE PACIENTES ASMÁTICOS AL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO EN LA ERA DEL SARS-CoV-2

Clara Elisa Ruiz Tarbet, Idalays Pulido Hernández, Javier Guerra Ramos, Rafael Esparza Morera y Juan Carlos Rodríguez Bermejo

Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Introducción: El impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 sobre el sistema sanitario, los pacientes, y en este caso, los Servicios de Neumología y Urgencias, fue elevado. El asma es una de las enfermedades respiratorias en adultos más frecuentes con prevalencias estimadas que llegan hasta el 21%. A pesar de existir tratamientos que han demostrado enorme eficacia tanto en el control de los síntomas como en reducción de ingresos hospitalarios y mortalidad, el porcentaje de pacientes que muestran un control inadecuado es muy elevado.

do. Según la GEMA uno de los signos del mal control del asma es la frecuencia anual de agudizaciones. El objetivo sería detectar los pacientes con el posible diagnóstico de asma grave con mal control de su enfermedad durante la época de pandemia.

Material y métodos: De forma retrospectiva se recogieron los pacientes que habían acudido 2 o más veces a Urgencias en el año en curso cuyo diagnóstico final se clasificó con el GRD genérico de Asma. El período de tiempo estudiado fue de agosto de 2019 a enero de 2022, coincidiendo con la época de pandemia por SARS-CoV-2. Se analizaron los datos de forma descriptiva.

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes con una frequentación media de 2,8 visitas anuales. 38 fueron mujeres y 16 hombres, con una edad media de 47 años (18-75). 21 pacientes eran seguidos exclusivamente en Atención Primaria y 34 en Neumología. El 38,89% estaba en tratamiento con dosis altas de corticoides inhalados, y el 11,11% corticoides orales en pauta fija. El 31,48% con dosis medias de corticoide inhalado, 14,81% dosis bajas, y otro 14,81% sin tratamiento corticoideo. El 18,52% recibía tratamiento biológico. 25 pacientes tenían eosinofilia, y 9 IgE positivo. En cuanto a la gravedad de los episodios, 19,21% precisaron hospitalización, de los cuales 2 de ellos requirieron estancia en UMI, y no hubo ningún exitus relacionado con la hospitalización. 4 pacientes fallecieron en el transcurso del estudio.

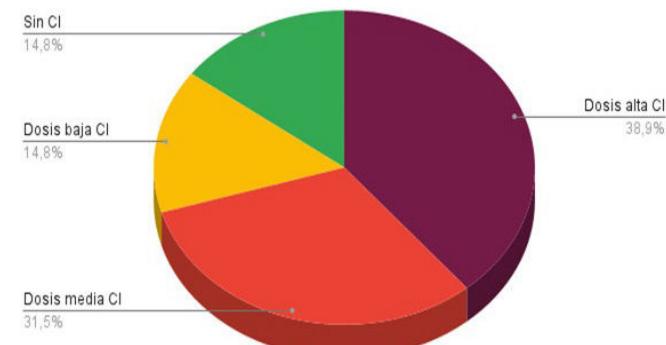


Figura 1. Comunicación 616. Dosis de corticoides inhalados.

Tratamiento Biológico (18.52%)

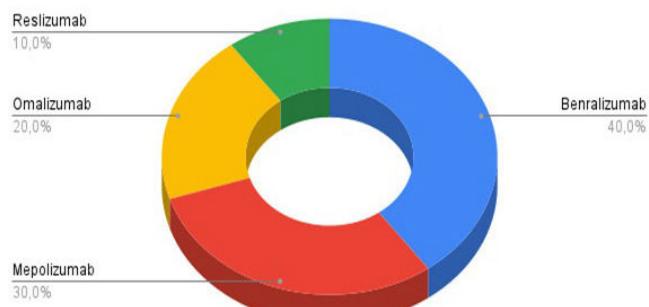


Figura 2. Comunicación 616. Tratamientos biológicos.

Conclusiones: Existe un porcentaje nada despreciable de pacientes con asma mal controlada que no estaban siendo seguidos en consultas especializadas y pacientes que, aun siendo seguidos en consultas de Neumología y con tratamiento adecuado no consiguen alcanzar los objetivos de buen control de asma definidos en las guías de manejo de la enfermedad, presumiblemente, en relación a la disminución de las visitas a consultas especializadas, así como a los Servicios de Urgencias, ya fuera por el temor de la población al contagio o a la restricción de las visitas médicas por la elevada carga asistencial.

587. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN UNA POBLACIÓN ASMÁTICA

Teresa Lázaro Miguel-Sin¹, Daniela Jose Allocca Álvarez¹, Omar Fabián Chaparro Díaz¹, Patricia Mir², Emilio Narváez², Jorge Correa², Íñigo Alcat Mederos³, Patricia López Cortés³, Santiago Barber Murga³, Itsaso Losantos García⁴, Leticia de Las Vecillas², Daniel Laorden Escudero¹, Elena Villamañán Bueno³, David Romero Ribate¹, Javier Domínguez Ortega², Santiago Quirce Gancedo² y Rodolfo Álvarez-Sala Walther¹

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ²Servicio de Alergología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ³Servicio de Farmacia, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. ⁴Servicio de Estadística, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción: El asma se asocia frecuentemente con gran número de comorbilidades. No obstante, la evidencia sobre las implicaciones cardiovasculares en pacientes que sufren con asma es escasa. Nuestro objetivo fue evaluar los efectos cardiovasculares en una cohorte de pacientes con asma en nuestro hospital.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo de 206 pacientes asmáticos valorados en la Unidad de Asma de Control Difícil del Hospital Universitario La Paz. Se recogieron variables demográficas y clínicas, comorbilidades y tipo de asma, marcadores biológicos y parámetros espirométricos. Se registró si el paciente había sufrido un evento cardiovascular y el tipo de evento sufrido. También se recogió si el paciente estaba en tratamiento con terapia biológica, corticoides sistémicos y se consignó el tratamiento inhalado.

Resultados: Se incluyeron registros de 206 pacientes con asma, 65,6% mujeres, con una edad media de 57 ± 18 años. 121 pacientes presentaban asma alérgica. 98 pacientes asociaban obesidad/sobre peso, 24 diabetes, 65 hipertensión, 52 dislipemia y 21 apnea del sueño. 108 pacientes estaban en tratamiento con omalizumab, 35 con mepolizumab, 18 con benralizumab y 40 sin tratamiento biológico. 125 pacientes tenían más de 300 eosinófilos y 110 tenían una cifra de inmunoglobulina E (IgE) total mayor de 100 kU/L. En cuanto a las cifras de IgE específica, 23 pacientes estaban sensibilizados a los ácaros, 90 a los polen, 58 a los hongos, 58 a las plumas, 54 a los epitelios y 8 al *Staphylococcus aureus*. 114 pacientes habían sufrido al menos una exacerbación asmática al año, 109 pacientes tenían cifras de FEV1 < 80% del predicho. 77 pacientes tenían una fracción espirada de óxido nítrico reciente mayor de 40 ppb. 23 pacientes (11%) habían sufrido un evento cardiovascular. De los cuales 5 pacientes sufrieron angina cardíaca, 5 infarto de miocardio, 6 insuficiencia cardíaca, 8 arritmia supraventricular, 5 tromboembolismo, 5 accidente cerebrovascular y 1 trombosis de miembros inferiores.

Conclusiones: Los eventos cardiovasculares están más presentes en nuestros pacientes con enfermedad asmática (11%) que en la po-

blación general Europea (7%) (Townsend *et al.* Nat Rev Cardiol. 2022;19:133-43). Es preciso identificar si existe una relación entre los procesos cardiovasculares y el asma, y si fuera así cuál es el impacto de ambos procesos entre sí.

292. ESTUDIO EN VIDA REAL DE BENRALIZUMAB EN ASMA GRAVE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

María Aguado Agudo, Laura Martín Biel, Jorge Rodríguez Sanz, Sergio Alarcón Sisamón, Manuel David Viñuales Aranda, Cristina de Diego Ramos, Isabel Jiménez Gonzalo, Cristina Alexandra Romero Espinosa, Sonia Zúñiga Quílez, Patricia Bayod Carbo, Nuria Bernad Serrano, Jose María Marín Trigo, David Rubio Sanz, Pablo Cubero Marín, Elisabeth Vera Solsona y Salvador Bello Dronda

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

Introducción: El asma grave no controlada es la enfermedad asmática que persiste mal controlada pese a recibir tratamientos convencionales. En estos pacientes, el tratamiento adicional, puede incluir terapias biológicas. Estos fármacos actúan regulando moléculas concretas de la respuesta inmune. En este trabajo nos centramos en anti-IL5; mepolizumab, anti-IL5R; benralizumab y anti-IgE; omalizumab. Nuestro objetivo del estudio fue analizar si existían diferencias clínicas o espirométricas en los grupos a estudio, comparando antes de iniciar terapia con benralizumab y tras un año de tratamiento.

Variables	Grupos		
	BN	SM	SO
Edad media	60	57	54
IMC media	29	31	24
ACT	6	16,8	19,25
FEV1 (%) media	77,7	60,8	79
Exacerbaciones (nº/año) media	5,23*	2,6	1,25
Dosis de corticoide (mg/día)	3,05	5,5	6,25

Figura 1. Comunicación 292. Características en la visita basal de los tres grupos a estudio. En (*) se señala donde encontramos DES en el análisis estadístico ($p = 0,0078$).

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo realizado en la Unidad de Asma Grave del Hospital Universitario Miguel Servet. En este estudio se incluyeron 32 pacientes diagnosticados de asma grave en tratamiento con benralizumab. De estos, 18 fueron pacientes *naïve* (benralizumab *novo*, BN) y 14 *switch* con otro biológico por fallo de estos (*switch* mepolizumab, SM; y *switch* omalizumab; SO). En todos ellos se analizaron variables antropométricas (edad, peso), clínicas (síntomas medidos por test de ACT, número de exacerbacio-

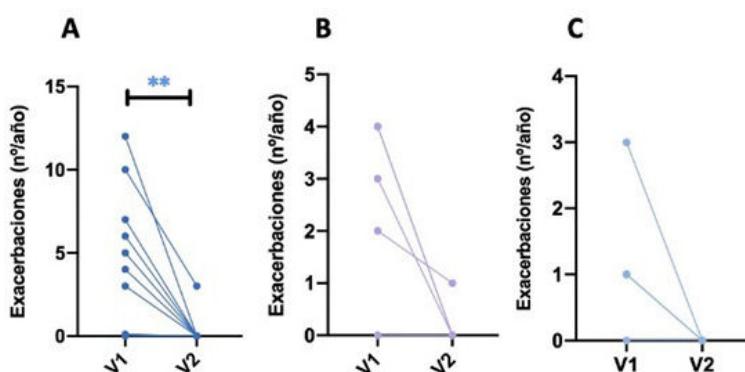


Figura 2. Comunicación 292. Gráfico de puntos en la que se representan el número de exacerbaciones al año en BN (A), SM (B) y SO (C). V1: visita basal/primera visita; V2: visita al año de tratamiento con benralizumab. En (**) DES encontradas en BN con $p = 0,0078$.

nes al año, dosis de corticoides orales y comorbilidades) y variables espirométricas (FEV1). Todas ellas fueron analizadas antes y tras un año de tratamiento con benralizumab.

Resultados: La media de edad de BN fue de 60; 57 en SM y 54 en SO. El IMC en BN fue de 29, 31 en SM, 24 en SO. En el momento inicial, se vio que el número de exacerbaciones al año era mayor en pacientes BN (5,2) respecto a los pacientes SM (2,6) y SO (1,25). El grupo SM partía de una peor función pulmonar medida por FEV1 (60,8%) respecto a grupo BN (77,7%) y SO (79%). Los pacientes SO empleaban mayor dosis de corticoides orales respecto a los otros grupos (6,25 vs. 4,5 BN; 5,5 SM). Como comorbilidades más frecuentes en todos ellos; poliposis (12,5%) y rinitis (21,8%). Todos estos datos se recogen en la figura 1. Tras un año de tratamiento, todos los parámetros que analizamos en los tres grupos mejoraron; FEV1, dosis de corticoides orales y número de exacerbaciones. En la figura 2 se muestra el número de exacerbaciones en los 3 grupos, comparando con visita basal (V1) y tras un año de tratamiento con benralizumab (V2).

Conclusiones: Los pacientes que recibieron benralizumab de novo, así como aquellos pacientes que provenían del switch de otro biológico alcanzaron sus objetivos terapéuticos y consideramos con ello a todos los sujetos de nuestro estudio respondedores completos.

880. ESTUDIO EN VIDA REAL DE BENRALIZUMAB EN UNA UNIDAD DE ASMA GRAVE. CONTROL DE CRISIS Y REDUCCIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA

Laura Fernández Mula, Rubén Andújar Espinosa, Marina Fernández Granja, Jennifer López Martínez, Elena Martínez Orenes, Mario Aparicio Vicente, Elena Solana Martínez y Sheyla Yolani Ruiz Martínez

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

Introducción: El benralizumab es un anticuerpo monoclonal antieosinófilo, que actúa uniéndose a la subunidad alfa del receptor de la interleucina humana 5 (IL-5R α), disminuyendo la inflamación de causa eosinofílica. El objetivo del estudio fue demostrar el beneficio del tratamiento con benralizumab en vida real en cuanto al control de las crisis y a la disminución de la necesidad de la atención médica.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional en una cohorte de 13 pacientes con asma grave alérgica de la Unidad de asma grave del servicio de Neumología del H. Virgen de la Arrixaca en tratamiento con benralizumab en un periodo de 12 meses. Se analizaron: El número de crisis totales el año previo al inicio del tratamiento y los 12 meses siguientes al inicio del mismo, así como las visitas en atención primaria no programadas por crisis asmáticas, a Urgencias, las hospitalizaciones en planta y UCI.

Resultados: El análisis llevado a cabo demostró que la media de crisis asmáticas durante el año previo al inicio del tratamiento fue de 4,42 (DE: 3,4) y durante los siguientes 12 meses de 0,42, disminuyendo un 90,5%, ($p = 0,000$). Por su parte, la media de visitas en atención primaria no programadas el año previo al inicio del tratamiento fue de 1,67 (DE: 2,7). Durante el año posterior al inicio del benralizumab, la media de asistencia en atención primaria no programadas fue 0,33 (DE 0,68), con una disminución del 80,24%, ($p = 0,06$). La media de visitas a Urgencias hospitalarias durante el año previo al tratamiento fue de 2,79 (DE: 2,26), y durante los siguientes 12 meses de 0,42 (DE 1,01), disminuyendo por tanto un 98,2%, ($p < 0,001$). La media de ingresos previamente al inicio del tratamiento fue de 0,42 (DE: 1,01), y posteriormente de 0 (DE: 0), ($p = 0,08$). Los ingresos en UCI el año previo del tratamiento fue de 0,05 (DE 0,229), y posteriormente de 0 (DE = 0), ($p = 0,33$).

Conclusiones: El benralizumab consigue mejorar tanto el control del número de crisis como la asistencia tanto a atención primaria no

programada, Urgencias, Hospitalizaciones y UCI en vida real tras un año de seguimiento, con resultados similares e incluso superiores a los estudios pivotales realizados hasta la fecha.

350. ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO EN PACIENTES CON ASMA CON Y SIN EOSINOFILIA: DATOS DE TRES AÑOS DE SEGUIMIENTO

Elena Curto Sánchez¹, Astrid Crespo Lessmann¹, Esther Palones Femenia¹, Mariana Muñoz Esquerre², Carlos Martínez Rivera³, Christian Romero Mesones⁴, Eder Freddy Mateus Medina⁵, Lorena Soto Retes⁶, Alfons Torregó Fernández⁶, David Ramos Barbón⁶ y Vicente Plaza Moral⁶

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, IIB Sant Pau, UAB, Barcelona, España. ²Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, España. ³Servicio de Neumología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España. ⁴Servicio de Neumología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España. ⁵Servicio de Neumología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, IIB Sant Pau, UAB, Barcelona, España. ⁶Servicio de Neumología y Alergia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, IIB Sant Pau, UAB, Barcelona, España.

Introducción: Aproximadamente la mitad de los pacientes con asma persistente moderada-grave no presentan eosinofilia en sangre ni en esputo inducido (EI). Este fenotipo es heterogéneo y puede presentar o no inflamación neutrofílica en EI. Aunque sus características cada vez se conocen mejor, los estudios prospectivos son escasos.

Material y métodos: Estudio prospectivo unicéntrico de tres años de seguimiento (2018-2021) que incluyó pacientes con asma persistente de acuerdo a la GEMA 4.2 y edad ≥ 40 años. Los pacientes con acumulación tabáquica mayor a 10 paquetes-año, otra patología respiratoria grave o que estuvieran recibiendo tratamiento biológico para el asma fueron excluidos. Se realizó función pulmonar completa, TC torácica y EI durante el primer año. Durante los tres años siguientes se realizaron visitas anuales con recogida de datos clínicos, espirometría, fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO), test de control del asma (ACT) y analítica sanguínea. Los pacientes fueron clasificados como asma eosinofílica (AE) si presentaban eosinofilia > 300 cels/ μ L en cualquier analítica disponible o $> 3\%$ de eosinófilos en el recuento del esputo inducido, y como asma no eosinofílica (ANE) si no cumplían ninguno de estos dos criterios. Se definió neutrófilia en esputo inducido si el recuento de neutrófilos era $> 61\%$.

Resultados: Se recogieron 65 pacientes. Sus características y la comparación entre ANE y AE pueden verse en la tabla. Se analizaron las variaciones evolutivas durante los tres años de seguimiento a nivel de FEV1, exacerbaciones y ACT (fig.). Los pacientes con ANE mostraron peor FEV1 al inicio y mayor deterioro durante el seguimiento (basal 73,31 vs. 86,10% $p = 0,0072$; 1º año 75,90 vs. 86,55% $p = 0,038$; 2º año 74,29 vs. 86,77% $p = 0,054$ y 3º año 68,55 vs. 88,13% $p = 0,031$). Las diferencias a nivel de exacerbaciones anuales no alcanzaron la significación estadística (basal 0,91 vs. 0,36 $p = 0,072$; 1º año 0,73 vs. 0,43 $p = 0,179$; 2º año 0,40 vs. 0,26 $p = 0,427$ y 3º año 0,33 vs. 0,34 $p = 0,961$). No se encontraron diferencias significativas en exacerbaciones ni en ACT inicial ni durante el seguimiento. No se encontraron diferencias significativas dentro del grupo ANE o AE en función de la presencia o no de alergia, ni de la presencia o no de neutrófilia.

Conclusiones: Los pacientes con ANE muestran una peor función pulmonar así como un mayor deterioro progresivo a lo largo de los años independientemente de la eosinofilia y las exacerbaciones previas.

Media (SD) Porcentaje	Variable	ANE (N=23)	AE (N= 42)	p
Características demográficas y clínicas	Edad (años)	62,43 (11,82)	57,67 (9,06)	0,074
	% Mujeres	82,6%	64,3%	0,120
	IMC (kg/m ²)	31,28 (9,41)	27,82 (4,17)	0,106
	% nunca fumadores	65,2%	64,3%	0,960
	Edad diagnóstico (años)	33,74 (22,98)	28,10 (16,71)	0,307
	% Dosis altas GCI	34,8%	19%	0,370
	% Tratamiento LABA	88,1%	95,7%	0,314
	% Tratamiento LAMA	34,8%	11,9%	0,027
	N.º exacerbaciones año previo	0,91 (1,27)	0,38 (0,66)	0,072
	N.º exacerbaciones infecciosas	1,39 (0,78)	0,43 (0,77)	0,000
Comorbilidades	ACT	21,17 (3,83)	21,81 (4,13)	0,582
	% Alergia	59,1%	65,9%	0,595
	% ERGE	17,4%	21,4%	0,378
	% AOS	62,5%	31%	0,023
	% EREA	0%	16,7%	0,038
	% Bronquiectasias	10,5%	5,7%	0,519
Función pulmonar	% TC patológico	61,1%	60,0%	0,938
	FEV ₁ (%ref.)	73,31 (20,67)	85,52 (17,47)	0,026
	TLC (%ref.)	118,00 (20,04)	105,79 (17,68)	0,047
	VR (%ref.)	145,23 (45,54)	114,91 (25,92)	0,039
	DLCO (%ref.)	89,58 (19,23)	94,59 (16,27)	0,401
Analítica	FENO (ppb)	22,53 (10,72)	36,49 (21,10)	0,002
	Leucocitos (cel/s/μL)	5967,14 (2072,21)	6733,81 (1567,56)	0,088
	Neutrófilos (cel/s/μL)	3756,67 (1601,48)	3964,05 (1216,61)	0,600
Esputo inducido	IgE total (U/ml)	127,20 (116,73)	262,43 (470,27)	,092
	Neutrófilos (%)	61,57 (16,56)	56,49 (19,43)	0,395
	% Neutrofilia >61%	50%	44,4%	0,723

Abreviaturas: IMC índice de masa corporal, LABA agonista beta adrenérgico de acción prolongada, LAMA antimuscarínico de acción prolongada, ACT test de control del asma, ERGE enfermedad por reflujo gastroesofágico, AOS apnea obstructiva del sueño, EREA enfermedad respiratoria exacerbada por la aspirina, TC tomografía computarizada, FEV₁ volumen espiratorio forzado en el primer segundo, TLC capacidad pulmonar total, VR volumen residual, DLCO capacidad de difusión del monóxido de carbono, FENO fracción exhalada de óxido nítrico, IgE inmunoglobulina E.

Tabla 1. Comunicación 350. Características clínicas de la población de estudio y de los dos grupos: asma eosinofílica (AE) y asma no eosinofílica (ANE).

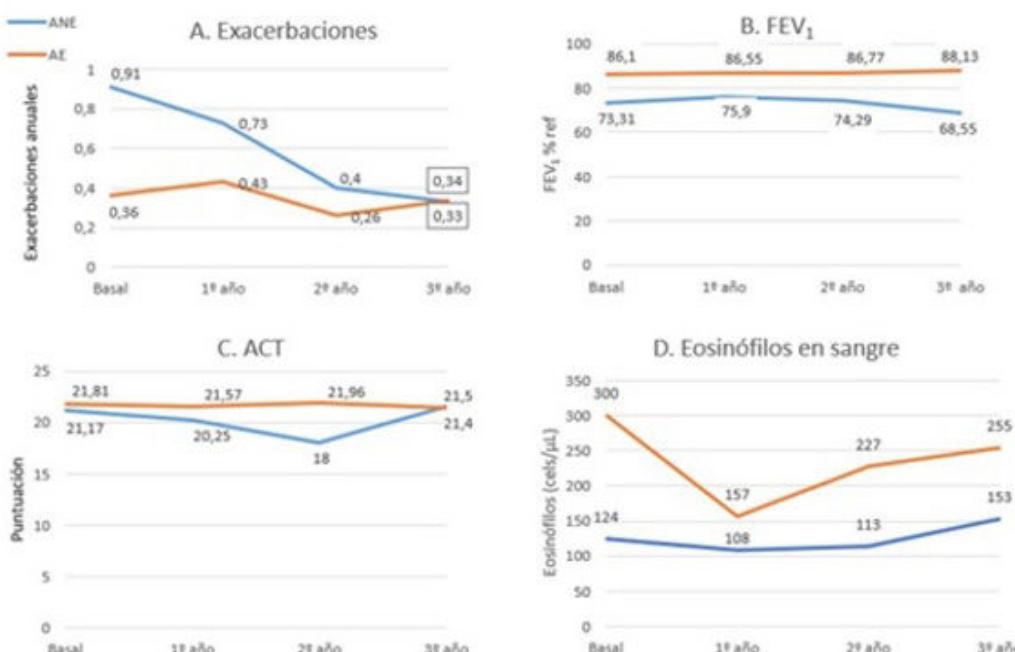


Figura 1. Comunicación 350. Comportamiento evolutivo de cada grupo durante los años de seguimiento a nivel de A. Exacerbaciones, B. FEV₁, C. ACT y D. Eosinófilos sanguíneos.

413. ESTUDIO ORBE II: SUBANÁLISIS DE LOS PACIENTES CORTICODEPENDIENTES TRATADOS CON BENRALIZUMAB

Andrea Trisán Alonso¹, Luis Carazo Fernández², Jose Luis Velasco Garrido³, Marina Blanco Aparicio⁴, Álvaro Martínez Mesa³, Carmen Cañete Luque³, Miguel Ángel Gutiérrez Martín⁵, Loles Arnao Morales⁵, Javier Nuevo Rivero⁵, Elisa Luzón Alonso⁵ y Alicia Padilla Galo⁶

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España. ²Hospital Universitario de León, León, España. ³Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España. ⁴Hospital Universitario de A Coruña, A Coruña, España. ⁵AstraZeneca Farmacéutica Spain, Madrid, España. ⁶Hospital Costa del Sol, Marbella, España.

Introducción: Debido a sus elevados efectos adversos, el uso de corticoides orales (OCS) debe reservarse como último recurso para los pacientes con asma grave. Existe evidencia de benralizumab que avala su capacidad de reducir y retirar OCS en pacientes corticode-

pendientes. El objetivo de este análisis es describir las características y evolución de los pacientes corticodependientes incluidos en el estudio ORBE II.

Material y métodos: ORBE II (NCT04648839) es un estudio observacional y retrospectivo que incluyó pacientes con asma grave eosinofílica que iniciaron tratamiento con benralizumab en condiciones de práctica clínica habitual en España. En el presente trabajo se describen características clínicas y demográficas, así como datos de evolución clínica, de la muestra total y de los pacientes corticodependientes (aquellos con tratamiento continuado con OCS durante al menos 3 meses, en los 12 meses previos al inicio de la terapia con benralizumab).

Resultados: De los 204 pacientes incluidos en el ORBE II, 53 (26,0%) eran corticodependientes, con una dosis media basal de OCS de 19,7 mg prednisona/día. Los pacientes corticodependientes tenían una FeNO y recuento de eosinófilos en sangre numéricamente más bajos que la población total, así como una mayor tasa de exacerbaciones graves, hospitalizaciones, visitas a urgencias y patologías probablemente asociadas con el uso de OCS (tabla 1). Tras 12 meses de trata-

	Total (n=204)	Pacientes corticodependientes (n=53)
Sexo (mujer), n (%)	127 (62,3)	31 (58,5)
Edad, media (DE)	56,4 (12,4)	56,3 (11,9)
IMC, media (DE)	28,1 (6,3)	28,1 (6,3)
Edad de inicio del asma, media (DE)	34,4 (16,4)	35,2 (16,9)
Asma alérgica, n (%)	68 (33,3)	11 (20,8)
○ RSCcPN, n (%)	75 (36,8)	17 (32,1)
Presencia de patologías asociadas al uso de OCS, n (%)		
○ Obesidad	54 (28,7)	15 (28,3)
○ Dislipidemia	36 (17,6)	21 (39,6)
○ Osteoporosis	32 (15,7)	12 (22,6)
○ Hipertensión arterial	32 (15,7)	11 (20,8)
○ Diabetes	18 (8,8)	10 (18,9)
○ Cataratas	6 (2,9)	3 (5,7)
Hábito tabáquico, n (%)		
○ Nunca fumador	128 (62,7)	35 (66)
○ Exfumador	69 (33,8)	16 (30,2)
○ Fumador	6 (2,9)	1 (1,9)
Eosinófilos en sangre periférica (cel/ μ L), media (DE)	548,5 (476,9)	406,9 (363,4)
○ eos \geq 300cel/ μ L, n (%)	143 (72,6)	31 (60,8)
IgE total (IU/mL), mediana (RIC)	163,5 (49,8; 432,0)	130,8 (40,4-356,0)
FeNO (ppb), media (DE)	47,5 (38,5)	35,8 (24,6)
LAMA, n (%)	152 (74,5)	41 (77,4)
LTRA, n (%)	117 (57,4)	31 (58,5)
Tratamiento previo con omalizumab, n (%)	32 (15,7)	7 (13,2)
Tratamiento previo con mepolizumab, n (%)	33 (16,3)	13 (25)
Tratamiento previo con reslizumab, n (%)	5 (2,5)	3 (5,8)
FEV ₁ pre-BD (L), media (DE)	1,9 (0,8)	2 (0,8)
FEV ₁ pre-BD (%), media (DE)	67,3 (21,0)	65,1 (24,2)
ACT, media (DE)	14,1 (5,1)	12,7 (4,8)
○ ACT<20, n (%)	124 (83,8)	36 (87,8)
Pacientes con exacerbaciones graves, n (%)	173 (84,8)	47 (88,7)
○ Exacerbaciones graves, media (DE)	2,5 (2,3)	2,9 (2,3)
Pacientes con visitas a urgencias, n (%)	84 (41,2)	30 (56,6)
Pacientes con hospitalizaciones, n (%)	44 (21,6)	15 (28,3)

Dada la naturaleza en vida real del estudio, el tamaño muestral puede variar debido a pérdida de datos.

ACT, asthma control test; BD, broncodilatador; DE, desviación estándar; eos, eosinófilos; FeNO, fracción exhalada de óxido nítrico; FEV₁, volumen espiratorio forzado en el 1er segundo; IMC, índice de masa corporal; LAMA, agonista muscarinico de acción larga; LTRA, antagonista del receptor de leucotrienos; RIC, rango intercuartílico; RSCcPN, rinosinusitis crónica con poliposis nasal; OCS, corticoides orales

Tabla 1. Comunicación 413. Características generales de la muestra total y de los pacientes corticodependientes.

	Total (n=204)		Pacientes corticodependientes (n=53)	
	Basal	Seguimiento (12 meses)	Basal	Seguimiento (12 meses)
Exacerbaciones graves, media (DE)	2,5 (2,3)	0,3 (0,8)	2,9 (2,3)	0,67 (1,1)
Reducción de exacerbaciones graves (%)	88,0		76,9	
Pacientes sin exacerbaciones graves, n (%)	31 (15,2)	149 (73,0)	6 (11,3)	34 (64,2)
Visitas a urgencias, media (DE)	0,9 (1,8)	0,1 (0,4)	1,4 (2,0)	0,25 (0,6)
Reducción de visitas a urgencias (%)	88,9		82,1	
Hospitalizaciones, media (DE)	0,4 (0,9)	0,1 (0,3)	0,5 (1,0)	0,08 (0,3)
Reducción de hospitalizaciones (%)	75,0		84,0	
Valor ACT, media (DE)	14,1 (5,1)	20,9 (4,8)	12,7 (4,8)	20,5 (5,9)
Incremento ACT, media (DE)	6,6 (6,0)		7,1 (5,9)	
Valor FEV ₁ preBD (L), media (DE)	1,9 (0,8)	2,2 (0,8)	2 (0,8)	2,2 (0,8)
Incremento medio FEV ₁ preBD (L), media (DE)	0,33 (0,41)		0,3 (0,4)	

Debido a la naturaleza en vida real del estudio, el tamaño muestral puede variar debido a pérdida de datos.

ACT, asthma control test; BD, broncodilatador; DE, desviación estándar; FEV₁, volumen espiratorio forzado en el 1er segundo

Tabla 2. Comunicación 413. Datos de seguimiento en muestra total y subgrupo de pacientes corticodependientes.



Cambio teórico en la media de dosis acumulada de OCS a lo largo de un año. Si los pacientes hubieran continuado con su dosis media basal de OCS (19,7 mg/día), en 365 días (52 semanas aproximadamente) habrían acumulado $19,7 \times 365 = 7,190,5$ mg. Como la dosis media se ha reducido a 6,8 mg/día tras un año de tratamiento con benralizumab, la dosis estimada acumulada sería $6,8 \times 365 = 2,482$ mg.

Figura 1. Comunicación 413. Estimación del cambio teórico en la dosis acumulada de OCS a lo largo de un año.

miento con benralizumab, el 52,8% (28/53) de estos pacientes lograron retirar por completo el uso de OCS. En el mismo período de tiempo, la dosis media de OCS se redujo a 6,8 mg de prednisona/día, lo que representa una disminución del 65,5%. Con respecto a la dosis acumulada de OCS, se estima que el paso de 19,7 a 6,8 mg supone un ahorro medio estimado de 4.708,5 mg de OCS a lo largo de un año con respecto a la dosis que habrían acumulado si hubieran seguido tratados con la dosis media basal de OCS (fig.). Los resultados clínicos tras 12 meses de tratamiento con benralizumab se recogen en la tabla 2.

Conclusiones: El subgrupo de pacientes corticodependientes del ORBE II presentó características de mayor gravedad, así como una mayor proporción de comorbilidades probablemente relacionadas con el uso de OCS. En este subgrupo, tras 12 meses de tratamiento con benralizumab, se observó una disminución de las exacerbaciones graves y reducción/retirada de la dosis de corticoides orales, así como una mejoría en el control de síntomas y función pulmonar.

389. ESTUDIO ORBE II: SUBANÁLISIS DE LOS PACIENTES TRATADOS CON BENRALIZUMAB EN FUNCIÓN DEL USO O NO DE BIOLÓGICOS PREVIOS

Rubén Andújar Espinosa¹, Pilar Ausín Herrero², Carlos Martínez Rivera³, María Eugenia Navarrete Rouco², Elisa Luzón Alonso⁴, Sandra Tripero Moreno⁴, Gabriel Niza Fresno⁴, Javier Nuevo Rivero⁴, Alberto Levy Naón⁵ y Alicia Padilla Galo⁶

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

²Hospital del Mar, Barcelona, España. ³Hospital Universitario

Germans Trias i Pujol, Badalona, España. ⁴AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A., Madrid, España. ⁵Hospital Quirón Salud, Málaga, España.

⁶Hospital Costa del Sol, Marbella, España.

Introducción: Estudios previos sugieren que los pacientes sin uso previo de biológicos tratados con benralizumab consiguen mejores resultados en reducción de exacerbaciones, así como en ausencia de

	Total (n=204)	Naïve (n=141)	Switch (n=63)
Sexo (mujer), n (%)	127 (62,3)	89 (63,1)	38 (60,3)
Edad, media (DE)	56,4 (12,4)	57,0 (12,6)	55,0 (12,0)
IMC, media (DE)	28,1 (6,3)	28,4 (6,3)	27,6 (6,3)
○ Obesidad, n (%)	54 (28,7)	40 (30,8)	14 (24,1)
Edad de aparición de los primeros síntomas, media (DE)	34,4 (16,4)	35,0 (15,9)	33,3 (17,6)
Duración de asma (años), media (DE)	15,1 (12,7)	14,5 (13,3)	16,3 (11,4)
Asma alérgica, n (%)	68 (33,3)	39 (27,2)	29 (46,0)
Hábito tabáquico, n (%)			
○ Nunca fumador	128 (62,7)	88 (62,4)	40 (63,5)
○ Exfumador	69 (33,8)	48 (34,0)	21 (33,3)
○ Fumador	6 (2,9)	4 (2,8)	2 (3,2)
Presencia de comorbilidades, n (%)	191 (93,6)	131 (92,9)	60 (95,2)
○ Rinosinusitis crónica con poliposis nasal	75 (36,8)	52 (36,9)	23 (36,5)
○ Reflujo gastroesofágico	42 (20,6)	23 (16,3)	19 (30,2)
○ Osteoporosis	32 (15,7)	21 (14,9)	11 (17,5)
○ Síndrome de apnea obstructiva	26 (12,7)	16 (11,3)	10 (15,9)
○ Diabetes	18 (8,8)	11 (7,8)	7 (11,1)
○ Depresión	17 (8,3)	10 (7,1)	7 (11,1)
Eosinófilos en sangre periférica (cel/ μ L), media (DE)	548,5 (476,9)	613,6 (497,5)	400,1 (390,9)
○ eos \geq 300 cel/ μ L, n (%)	143 (72,6)	110 (80,3)	33 (55,0)
IgE total (IU/mL), mediana (RIC)	163,5 (49,8; 432,0)	129,4 (44,7-387,9)	300,5 (94,5-540,5)
FeNO (ppb), media (DE)	47,5 (38,5)	48,8 (42,3)	44,5 (28,2)
○ FeNO <25 ppb n (%)	44 (36,7)	31 (37,3)	13 (35,1)
○ FeNO \geq 25 ppb <50 ppb n (%)	30 (25,0)	21 (25,3)	9 (24,3)
○ FeNO \geq 50 ppb n (%)	46 (38,3)	31 (37,3)	15 (40,5)
LAMA, n (%)	152 (74,5)	107 (75,9)	45 (71,4)
LTRA, n (%)	117 (57,4)	70 (49,6)	47 (74,6)
Corticodependientes, n (%)	53 (26,0)	33 (23,4)	20 (31,7)
○ Dosis de OCS (mg), media (rango)	19,7 (5,0-75,0)	20,0 (17,4)	19,2 (13,0)
○ Dosis de OCS >5 mg/día, n (%)	41/53 (77,4)	24/33 (72,7)	17/20 (85)
ACT<20, n (%)	124 (83,8)	87 (86,1)	37 (78,7)
Pacientes con exacerbaciones graves, n (%)	173 (84,8)	123 (87,2)	50 (79,4)
Pacientes con exacerbaciones graves con visita a urgencias, n (%)	84 (41,2)	63 (44,7)	23 (36,5)
Pacientes con exacerbaciones graves con hospitalización, n (%)	44 (21,6)	30 (21,3)	14 (22,2)

De acuerdo con la naturaleza en vida real del estudio, el tamaño muestral puede variar debido a pérdida de datos.

ACT, asthma control test; BD, broncodilatador; DE, desviación estándar; eos, eosinófilos; FeNO, fracción exhalada de óxido nítrico; FEV1, volumen inspiratorio forzado en el 1er segundo; IMC, índice de masa corporal; LAMA, agonista muscarínico de acción larga; LTRA, antagonista del receptor de leucotrienos; RIC, rango intercuartílico; RSCcPN, rinosinusitis crónica con poliposis nasal; OCS, corticoides orales

Tabla 1. Comunicación 389. Características basales de paciente naïve y switch.

exacerbaciones y uso de corticoides orales de mantenimiento (mOCS)). El objetivo de este trabajo es analizar si estos resultados se replican en una muestra de pacientes tratados con benralizumab en España.

Material y métodos: ORBE II (NCT04648839) es un estudio observacional y retrospectivo que incluyó pacientes adultos con asma grave eosinofílica en España que iniciaron tratamiento con benralizumab en práctica clínica habitual. Se presentan las características basales y la evolución clínica 12 meses tras el inicio del tratamiento, de los pacientes sin uso previo de biológicos (*naïve*) y de los que habían utilizado un biológico previo (*switch*).

Resultados: De los 204 pacientes incluidos en ORBE II, 141 (69,1%) eran *naïve* y 63 (30,9%) eran *switch*, siendo la falta de respuesta la principal causa de cambio de tratamiento. Los pacientes *switch* habían recibido uno o varios de los siguientes: mepolizumab (52,4%), omalizumab (50,8%) o reslizumab (7,9%). Seis (3%) habían recibido 2 o más biológicos. En pacientes *naïve*, la duración del asma era menor (14,5 vs. 16,3 años) y una mayor proporción de estos pacientes tenían una eosinofilia basal \geq 300 cel/ μ L (80,3 vs. 55,0%). En el año previo al tratamiento con benralizumab, un mayor porcentaje de estos habían tenido exacerbaciones graves y visitas a urgencias, mejor función pulmonar media (FEV1 pre-BD) y peor control de síntomas (ACT) (tabla 1). Treinta y tres pacientes *naïve* eran corticodependientes, frente a 20 pacientes del grupo *switch* (17 de ellos con dosis $>$ 5 mg/día).

Sin embargo, los pacientes *naïve* tenían un menor uso de LTRAs. Tras 12 meses de tratamiento con benralizumab, los pacientes *naïve* presentaron mejorías superiores en exacerbaciones, visitas a urgencias y ACT en relación con el grupo *switch*. El 67% de los *naïve* lograron retirar por completo el uso de mOCS, frente al 30% de los pacientes *switch* corticodependientes (tabla 2).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes analizados en ORBE II eran *naïve*. Estos pacientes tenían un perfil clínico basal en general más grave, y menor tiempo de evolución del asma. Los pacientes experimentaron mejorías clínicas independientemente del uso previo de biológicos, si bien los pacientes *naïve* experimentaron mejorías superiores en la mayoría de los parámetros analizados.

412. EVALUACIÓN A UN AÑO DE REMISIÓN CLÍNICA Y COMPORTAMIENTO CLÍNICO EN PACIENTES CON ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA BAJO TRATAMIENTO CON BENRALIZUMAB Y MEPOLIZUMAB

Alan Jhunior Solis Solis, María Basagaña Torrentó, Toni Zapata Comas, Anna Nuñez Condominas, Borja Domingo Cardenal, Ignasi García Olive, Clara Padró Casas, Albert Roger Reig, Jorge Abad Capa, Antoni Rosell Gratacós y Carlos Martínez Rivera

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

	Total (n=204)		Naïve (n=141)		Switch (n=63)	
	Basal	Seguimiento (12 meses)	Basal	Seguimiento (12 meses)	Basal	Seguimiento (12 meses)
Exacerbaciones graves, media (DE)	2,5 (2,3)	0,3 (0,8)	2,6 (2,1)	0,29 (0,8)	2,5 (2,6)	0,51 (1,3)
Reducción de exacerbaciones graves (%)	88,0		88,9		79,6	
Pacientes sin exacerbaciones graves, n (%)	31 (15,2)	149 (73,0)	18 (12,8)	118 (83,7)	13 (20,6)	48 (76,2)
Visitas a urgencias, media (DE)	0,9 (1,8)	0,1 (0,4)	0,9 (1,8)	0,08 (0,35)	0,9 (1,7)	0,21 (0,8)
Reducción de visitas a urgencias (%)	88,9		91,1		76,7	
Pacientes sin visitas a urgencias, n (%)	89 (43,6)	188 (92,2)	78 (55,3)	0,29 (0,8)	40 (63,5)	0,51 (1,3)
Hospitalizaciones, media (DE)	0,4 (0,9)	0,1 (0,3)	0,3 (0,7)	0,03 (0,17)	0,5 (1,1)	0,08 (0,3)
Reducción de hospitalizaciones (%)	75,0		90,0		84,0	
Pacientes sin hospitalizaciones, n (%)	128 (62,7)	194 (95,1)	111 (78,7)	137 (97,2)	48 (76,2)	59 (93,7)
Valor ACT, media (DE)	14,1 (5,1)	20,9 (4,8)	13,7 (4,9)	21,5 (4,5)	14,9 (5,6)	19,5 (5,3)
Incremento ACT, media (DE)	6,6 (6,0)		7,4 (5,9)		4,7 (6,0)	
Pacientes con ACT ≥20, n (%)	24 (16,2)	118 (74,2)	14 (13,9)	74 (78,7)	10 (21,3)	22 (61,1)
Incremento ACT ≥3	98 (73,7)		54 (74,0)		21 (67,7)	
Valor FEV ₁ , preBD (L), media (DE)	1,9 (0,8)	2,2 (0,8)	1,9 (0,7)	2,3 (0,8)	1,8 (0,9)	2,0 (0,7)
Incremento medio FEV ₁ preBD (L), media (DE)	0,33 (0,41)		0,3 (0,4)		0,3 (0,3)	
Valor FEV ₁ preBD (%), media (DE)	67,3 (21,0)	78,7 (22,2)	68,4 (19,5)	80,0 (21,2)	64,5 (24,2)	75,6 (24,6)
Pacientes con % FEV ₁ preBD ≥80%, n (%)	50 (29,4)	62 (46,3)	35 (29,4)	46 (47,9)	15 (29,4)	16 (42,1)
Pacientes con incremento de FEV ₁ preBD ≥100 mL, n (%)		76 (60,3)		54 (48,2)		22 (52,4)
Pacientes con incremento de FEV ₁ preBD ≥200 mL, n (%)		76 (60,3)		54 (48,2)		22 (52,4)

De acuerdo con la naturaleza en vida real del estudio, el tamaño muestral puede variar debido a pérdida de datos.

ACT, asthma control test; BD, broncodilatador; DE, desviación estándar; FEV₁, volumen espiratorio forzado en el 1er segundo;

Tabla 2. Comunicación 389. Situación clínica basal y tras 12 meses de tratamiento con benralizumab en pacientes naïve y switch.

Introducción: Es importante sumar evidencia científica con datos en vida real del efecto de los diferentes biológicos dirigidos contra la vía IL-5, confirmar el efecto sobre la remisión clínica e identificar factores asociados a buena respuesta.

Material y métodos: Se recogieron variables de 46 pacientes de la Unidad de Asma que fueron tratados mínimo durante un año con mepolizumab o benralizumab y teníamos datos del año previo. Excluimos tres pacientes con reslizumab y tres niños en tratamiento

con mepolizumab. Evaluamos datos demográficos, años de evolución del asma, situación alérgica, datos de laboratorio, función pulmonar, síntomas (ACT), exacerbaciones severas en el año previo, corticoides sistémicos administrados y comorbilidades. Se evaluó cambios en ACT, exacerbaciones, corticoterapia sistémica, función pulmonar al año y se consideró remisión cuando el paciente al año tenía un ACT > 20, ninguna exacerbación, no requería tratamiento con corticoides sistémicos, el FEV₁ mejoró > 200 ml o tenía un FEV₁ > 80%. Evalua-

	Todos (46)		Benralizumab (24)		Mepolizumab(22)	
	Antes	Después	P	Antes	Después	P
Eosinofíl/min	567(345)	44(63)	0,000	638(416)	4,8(22)	0,000
FeNO ppb	54(49)	35(29)	0,068	51,5(62)	28,8(32)	0,206
FVC%	78,4(18)	90,5(13)	0,000	75(17)	89,4(13)	0,000
FEV1%	66,5(20)	79(19)	0,000	68,5(22)	78,6(21)	0,000
FEV1ml	1,74(0,54)	2,13(0,65)	0,000	1,71(0,6)	2,12(0,8)	0,006
Exacerbaciones	3,33(2)	0,33(0,7)	0,000	3,25(2)	0,33(0,8)	0,000
% Exacerbac	15,2%	8,2,6%	0,000	12,5%	8,3,3%	0,000
Corticoides mg	3,46(10)	0,26(0,9)	0,041	4,59(13,6)	0,11(0,5)	0,131
Corticope %	26,1%	6,5%	0,04	25%	4,2%	0,063
ACT	15,3(5,2)	21,7(4,4)	0,000	16,6(5)	21,6(4)	0,009
%ACT>20	25%	72%	0,000	33,3%	72%	0,016
% Remisión*		47,4%		45%		50%

*p=0,758

Tabla 1. Comunicación 412

mos cambios en variables de respuesta mediante t de test de datos apareados o la prueba de McNemar en función de la variable, así como porcentaje de pacientes con remisión clínica y cuáles son los factores asociados a remisión clínica.

Resultados: La media de seguimiento fue de 24 meses. Analizamos datos a un año. No hubo diferencias basales estadísticamente significativas entre los dos grupos excepto en bronquiectasias (más en grupo de benralizumab). En todo el grupo se observó mejoría clínica y estadísticamente significativa en el ACT, exacerbaciones, función pulmonar y reducción de corticoides sistémicos, que ocurrió indistintamente del biológico. Un 47% pacientes presentaron remisión, sin diferencias significativas entre ambos biológicos. El único factor asociado con remisión clínica fue la menor eosinofilia periférica (OR: 0,996, IC 0,993-0,999; p = 0,020); por cada 10 cels/ μ l menos el paciente tiene un 4% más de posible remisión (tablas).

	Todos (46)	Benralizumab(24)	Mepolizumab(22)	P
Mujeres %	76%	66,7%	86,4%	0,118
Edad años	60,7(12)	63,8(11)	58,1(12)	0,163
Meses de tto	24,4(14)	21,9(11)	27,2(16)	0,214
Edad inicio	58,7(12)	61,2(11)	55,8(13)	0,130
GEPA (n)	5	2	3	0,564
ABPA (n)	2	2	0	0,166
EREA %	13%	12,5%	13,6%	0,909
Rinosinusitis %	21,7%	12,5%	31,8%	0,113
Poliposis%	28,3%	25%	31,8%	0,608
Ansiedad%	23,9%	25%	22,7%	0,857
RGE (n)	19,6%		27,3%	0,207
Bronquiectasias	8,7%	16,7%	0	0,045
SAHS %	15,2%	20,8%	9,1%	0,268
Switch	9	5	4	0,199
Atopia	37%	45,8%	27,3%	0,193
Dermat atópica	2,2%	4,2%	0%	0,333
Alg alimentos	2,2%	4,2%	0%	0,333
Eos cel/microl	553(337)	596(404)	506(244)	0,372
FeNO ppb	51,8(47)	48,1(57)	56,6(31)	0,612
ACT	15,8(5,3)	17,1(5)	14,4(5)	0,122
FVC%	79,2(17,7)	74,7(15)	84,1(18)	0,074
FEV1%	67,5(19,9)	63(21)	72,4(18)	0,117
FEV1 l	1,78(0,54)	1,68(0,54)	1,90(0,52)	0,173
Exacerbaciones	3,13 (1,03)	3,25(2)	3(2)	0,689
Corticoid mg/d	3,46 (10,3)	4,59 (13,6)	2,27 (4,9)	0,459
Corticoid% ^a	26,1%	25%	27%	0,861

Tabla 2. Comunicación 412.

Conclusiones: Se demuestra en vida real que los biológicos antiIL5 son efectivos indistintamente de cual, y que el porcentaje de pacientes con remisión clínica es muy importante, al margen del biológico antiIL5 y el único factor asociado a remisión fue la menor eosinofilia periférica; es decir pacientes teóricamente con menos inflamación tiene más posibilidad de presentar remisión al año.

541. EVALUACIÓN DE EFICACIA Y SEGURIDAD DE DUPILUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA: ESTUDIO EN VIDA REAL

Susana Rojo Tolosa¹, Gonzalo Jiménez Gálvez¹, María Victoria González Gutiérrez¹, Alberto Jiménez Morales² y Concepción Morales García¹

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

Introducción: El dupilumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que inhibe la señalización de interleucina IL-4 e IL-13, impulsores clave de la inflamación tipo 2, y ha sido aprobado recientemen-

te para su uso en asma. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto de dupilumab en pacientes con asma grave no controlada en condiciones de vida real.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo observational de pacientes con asma grave tratados con dupilumab en un hospital de tercer nivel. La información se obtuvo del software clínico Diraya y el análisis estadístico se realizó con R commander. Los criterios de valoración fueron: 1) Incremento \geq 10% FEV1 o alcanzaron \geq 80% predicho; 2) Ausencia o reducción \geq 50% de exacerbaciones con ingreso/atención hospitalaria; 3) Ausencia o reducción \geq 50% de ciclos de corticoides orales (OCS); 4) Eliminación de OCS crónicos o reducción \geq 50%. La seguridad se evaluó con la notificación de acontecimientos adversos graves o que requirieron suspender o cambiar la terapia.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes con un tiempo medio de tratamiento con dupilumab de 7 ± 1 meses. La edad media fue de 47 ± 12 años y el 56% (9/16) fueron hombres. El 50% (8/16) presentaba fenotipo mixto, el 43,7% (7/16) eosinofílico y un 6,3% (1/16) alérgico. El 81,2% (13/16) de los pacientes habían recibido de forma previa otra terapia biológica. El 53,8% (7/13) mejoró la función pulmonar cumpliendo con el criterio 1, el 73,3% (11/15) disminuyó a la mitad o no presentó exacerbaciones graves, cumpliendo con el criterio 2 y el 66,7% (10/15) redujo a la mitad o no precisó de ciclos de OCS durante el periodo de seguimiento. De los 3 pacientes con OCS crónicos, 2 pudieron suspender su uso de forma crónica. Se registró un evento adverso al inicio del tratamiento (6,3%) y el cambio/suspensión de la terapia por falta de efectividad se produjo en 3 pacientes (18,8%).

Conclusiones: En pacientes con asma grave el tratamiento con dupilumab mejoró la función pulmonar, redujo el uso de OCS y el número de exacerbaciones, con una tasa de eventos adversos muy baja.

108. EVALUACIÓN DE EFICACIA Y SEGURIDAD DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ASMA GRAVE T2 DE EDAD AVANZADA

Susana Rojo Tolosa¹, Gonzalo Jiménez Gálvez¹, María Victoria González Gutiérrez¹, Alberto Jiménez Morales² y Concepción Morales García¹

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

Introducción: El manejo del asma grave en pacientes de edad avanzada es complejo debido a los cambios fisiológicos del envejecimiento, comorbilidades, polifarmacia etc. Hay poca evidencia sobre el uso de terapias biológicas en esta población ya que a menudo son excluidos de ensayos clínicos y existen pocos estudios en vida real. El objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad de estas terapias en pacientes con asma grave T2 no controlada mayores de 65 años, en condiciones de vida real.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo observational de pacientes asmáticos tratados con terapias biológicas con seguimiento mínimo de 1 año. La información se obtuvo del software clínico Diraya y el análisis estadístico se realizó con R commander. Se evaluó la eficacia atendiendo a 4 criterios: 1) Incremento \geq 10% FEV1 o alcanzaron \geq 80% predicho. 2) Ausencia de exacerbaciones con ingreso/atención hospitalaria o reducción \geq 50%. 3) Ausencia de ciclos de corticoides orales (OCS) o reducción \geq 50%. 4) Eliminación de OCS crónicos o reducción \geq 50%. La seguridad se evaluó con la notificación de acontecimientos adversos graves o que requirieron suspender o cambiar la terapia.

Resultados: Se incluyeron 229 pacientes, 177 (77,3%) \leq 65 años y 52 (22,7%) $>$ 65 años. Del grupo $>$ 65 años, 27 pacientes (51,9%) cum-

plieron el criterio 1, 50 (96,2%) el criterio 2, 42 habían precisado ciclos de OCS de los que 23 (54,8%) cumplieron el criterio 3 y ninguno de los 5 con OCS crónicos cumplió el criterio 4. Del grupo ≤ 65 años, 72 pacientes (40,7%) cumplieron el criterio 1, 163 (92,1%) el criterio 2, 135 habían precisado ciclos de OCS de los cuales 92 (68,1%) cumplieron el criterio 3 y de los 8 con OCS crónicos 3 (37,5%) cumplieron el criterio 4. No hubo diferencias significativas entre grupos en reducción de exacerbaciones ($p = 0,243$), ciclos de OCS ($p = 0,368$) y OCS crónicos ($p = 1$). Sin embargo, la tasa de mejora de función pulmonar presentó diferencias significativas entre grupos ($p = 0,017$), mostrando en los pacientes > 65 años una probabilidad de mejora 2,36 veces mayor que los pacientes ≤ 65 años ($p = 0,019$; OR = 2,36; IC95% = 1,17-4,94). No hubo eventos adversos graves y los acontecimientos adversos que supusieron cambio/suspensión de la terapia fueron 3 en los > 65 años y 9 en los ≤ 65 años sin existir diferencias significativas ($p = 0,846$).

Variable (n)	≤ 65 años (177)	> 65 años (52)	p value
Sexo, n (%)			
Masculino	62 (35)	16 (30.8)	0.569
Femenino	115 (65)	36 (69.2)	
Edad, p₅₀ (p₂₅, p₇₅)	50 (40,58)	73 (68,78)	<0.001
Terapia biológica, n (%)			
Omalizumab	69 (39)	14 (26.9)	0.282
Mepolizumab	62 (35)	22 (42.3)	
Benralizumab	46 (26)	16 (30.8)	

Tabla 1. Comunicación 108. Características de los grupos.

Conclusiones: Este estudio demuestra la eficacia de las terapias biológicas en mejora de función pulmonar, reducción de ciclos de OCS y exacerbaciones en los pacientes > 65 años con asma grave T2 y su seguridad.

226. EVALUACIÓN DE LA CORRELACIÓN ENTRE CRITERIOS CUANTITATIVOS DE RESPUESTA FEOS Y EXACTO CON BENRALIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE NO CONTROLADA

Inmaculada Plasencia García, Irene de Lorenzo García, José Carlos García Robaina, David Díaz Pérez, Elena Martín Ruiz de la Rosa, Irene Jiménez Ormazábal, Paula Joy Carmona, Javier Hernández González, Javier Merino Alonso y Jenifer González Chávez

Hospital Universitario Nuestra Sra. Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción: Existen estudios de vida real publicados sobre benralizumab empleando criterios consenso, especialmente no cuantitativos. Nuestro objetivo es evaluar resultados en vida real con benralizumab según los criterios cuantitativos FEOS y EXACTO, así como establecer si existe relación entre ellos.

Material y métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron los pacientes que iniciaron tratamiento con benralizumab desde enero de 2020 a septiembre 2021 en un hospital de tercer nivel de Canarias. Se recogieron las características basales: sexo, edad, eosinófilos, IgE, corticodependencia (definida como tratamiento de forma crónica o al menos 4 ciclos de corticoides sistémicos en el año previo), la presencia de rinosinusitis crónica con poliposis nasal (RSCcPN) como comorbilidad, administración previa de otro biológico para el asma, así como la evaluación de la respuesta según consenso SEPAR 2020 al año de tratamiento y posteriormente se evaluó cuantitativamente según criterios FEOS utilizando la calculadora FEOSSCORE.com (rango entre 0-100%) y los criterios EXACTO según último consenso SEPAR 2022 (en nuestra muestra rango entre 0-10, ya que todos los pacientes habían recibido al menos un ciclo de corticoides) y se evaluó la relación entre ambas variables mediante el coeficiente de correlación de Pearson (R). Este valor oscila entre -1 y +1, un valor mayor a 0 indica una correlación positiva, indicando el valor +1 una relación lineal positiva perfecta.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes, 79% mujeres, edad media 49 ± 18 años, Eosinófilos: 670 ± 392 cél/ μ L; IgE: 160 UI/mL, cortico-

Variable	≤ 65 años N (%)	> 65 años N (%)	p value
Mejora de la Función Pulmonar			0.017
Si	73 (44.8)	28 (66.7)	
No	90 (55.2)	14 (33.3)	0.243
Mejora exacerbaciones			
Si	167 (93.3)	51 (96.2)	0.368
No	12 (6.7)	2 (3.8)	
Reducción/eliminación de ciclos de OCS			1
Si	127 (70.6)	34 (64.2)	
No	53 (29.4)	19 (35.8)	0.846
Reducción/eliminación OCS crónicos			
Si	3 (37.5)	0 (0)	0.846
No	5 (62.5)	5 (100)	
Acontecimientos Adversos			
Si	11 (6.1)	3 (5.7)	
No	169 (93.9)	50 (94.3)	

Tabla 2. Comunicación 108. Eficacia y seguridad.

dependientes: 33%, COS (al menos un ciclo): 100%, presencia de RSC-cPN: 75%, pacientes *naïve*: 63%. En cuanto a la respuesta al año de tratamiento: 18 respondedores (75%), de ellos 6 respuesta completa, 8 asma controlada y 4 respuesta parcial. Los datos relativos a criterios FEOS y EXACTO se muestran en la tabla 1. En base a los resultados obtenidos para ambas variables se calculó el R, obteniendo un valor de 0,97.

	n	FEOS ¹	Intervalo EXACTO ²	Intervalo
Total muestra	24	78,8	11-100	6,6
Respuesta completa	6	100	-	10
Asma controlada	8	89	80-98	8,25
Respuesta parcial	4	56,5	50-61	3,25
Total respondedores	18	87,4	55-100	7,72
No respondedores	6	40,7	11-56	2,4
				0-5

1. <https://www.globalresearch.org>
2. Documento de consenso de asma grave en adultos. Actualización 2022. DOI: <https://doi.org/10.1101/2022.09.01.501456>

Tabla 1. Comunicación 226. Evaluación de la respuesta según criterios FEOS y EXACTO.

Conclusiones: Herramientas de evaluación de resultados en salud de tipo cuantitativo como FEOS y EXACTO aportan información sobre la magnitud de la respuesta, obteniendo valores elevados en nuestra muestra de pacientes tratados con benralizumab. Existe una relación lineal positiva entre los criterios cuantitativos de respuesta FEOS y EXACTO para benralizumab. En respuesta completa/asma controlada los intervalos muestran mayor relación que en respuesta parcial/no respondedores donde se han obtenido valores superpuestos.

576. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA A TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA (AGNC) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASES

Sabina Perelló Roselló¹, Mireia Vicens Antón¹, Nuria Toledo Pons², Jose Luis Valera Felices¹, Rocío Martínez Martínez¹, Meritxell López Zamora¹, Amanda Iglesias Comas³, Aina Rosa Millán Pons⁴ y Francisco de Borja García-Cosío Piqueras⁵

¹Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España.

²Hospital Universitario Son Espases, IdISBa, Palma de Mallorca, España. ³CIBERES, IdISBa, Palma de Mallorca, España. ⁴IdISBa, Palma de Mallorca, España. ⁵Hospital Universitario Son Espases, IdISBa, CIBERES, Palma de Mallorca, España.

Introducción: Los tratamientos biológicos han significado un cambio de paradigma en el manejo del AGNC T2 alto. No obstante, existe una proporción de pacientes que no responden adecuadamente a estos tratamientos. Las guías de práctica clínica recomiendan valorar un cambio de biológico si no hay respuesta a los 4-6 meses. Objetivo: evaluar si la mejoría temprana en función pulmonar es un buen predictor de respuesta al tratamiento.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes en seguimiento por la Unidad de Asma de Alta Complejidad del Hospital Universitario Son Espases (HUSE) que han recibido terapia biológica. Los pacientes a los que se le había suspendido el tratamiento antes de 6 meses fue clasificado como no respondedor y al resto como respondedor. Se compararon características epidemiológicas, clínicas, analíticas y de función pulmonar. Se calculó mediante curvas ROC la capacidad discriminatoria del cambio en FEV1 (> 100 ml y 10%) a los 3 meses para clasificar a los pacientes en ambos grupos.

Resultados: Se incluyeron 102 tandas de biológicos administradas en 72 pacientes. Un 82,4% de los casos fueron respondedores. El test de control del asma (ACT) prebiológico fue de 14 (12-17) en respondedores vs. 10 (10-12) en no-respondedores ($p < 0,05$), el ACT

posbiológico fue de 21 (17-24) vs. 12 (10-13) respectivamente ($p < 0,05$). El número de agudizaciones posbiológico fue de 1 (0-3) en respondedores y de 2 (1-3) en no respondedores ($p = 0,072$). No hubo diferencias significativas en uso de corticoides crónicos prebiológico entre ambos grupos. Los niveles de eosinófilos en sangre prebiológico fueron de 420/ μ L (210-650) en el grupo respondedor y de 210/ μ L (20-720) en el grupo no-respondedor ($p = 0,063$). Se encontraron diferencias significativas postratamiento en el FEV1 (litros y %) entre respondedores y no respondedores (1,88 L (1,38-2,35) (69,8%) (51,2-84) vs. 1,48 L (0,83-1,87) (52%) (39,3-65) con $p < 0,05$). Las áreas bajo la curva (AUC) para el cambio del FEV1 entre respondedores y no respondedores no fueron estadísticamente significativas (AUC FEV1 L 0,593 ($p = 0,309$), FEV1% 0,607 ($p = 0,238$)).

Conclusiones: El porcentaje de respondedores a terapia biológica es elevado. Los pacientes no respondedores tenían peor ACT, valores más bajos de eosinófilos pretratamiento y FEV1 más bajo postratamiento biológico. El cambio del FEV1 (100 ml y un 10%) no presenta una buena capacidad discriminativa para identificar a los respondedores de manera temprana.

756. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA TEMPRANA A DUPILUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE MEDIANTE LA ESCALA EXACTO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO, RETROSPECTIVO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Francisco Casas Maldonado¹, Francisco Javier Álvarez Gutiérrez², José Gregorio Soto Campos³, Lorena Pinel Jiménez⁴, Ana Gómez-Bastero Fernández⁵, Gerardo Pérez Chica⁶, Belén Navas Bueno⁷, Gonzalo Jiménez Gálvez⁸, Luis Manuel Entrinas Costa⁹, Alicia Padilla Galo¹⁰, Borja Valencia Azcona¹⁰, Juan Francisco Medina Gallardo² y Francisco Pérez Grimaldi³

¹Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España.

²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ³Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de La Frontera, España.

⁴Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Málaga, España. ⁵Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ⁶Complejo Hospitalario Universitario de Jaén, Jaén, España. ⁷Hospital San Ana, Motril, España. ⁸Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España. ⁹Hospital QuironSalud, Córdoba, España. ¹⁰Hospital Costa del Sol, Marbella, España.

Introducción: EXACTO es una escala multidimensional que permite evaluar y categorizar la respuesta de un paciente con asma grave no controlado (AGNC) al tratamiento con un mAb (completa, buena, parcial y no respuesta) y definir a los superrespondedores en asma (respuesta completa). EXACTO valora uso de glucocorticoides sistémicos (GCS), exacerbaciones, síntomas medidos por ACT, y la función pulmonar (pre-BD FEV1). Según GEMA 5,2 la evaluación primaria de la efectividad de mAb debe hacerse a las 16 semanas de iniciar el tratamiento.

Material y métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico (grupo ASMASUR) utilizando la escala EXACTO para describir la respuesta a dupilumab en pacientes con AGNC que iniciaron tratamiento con dupilumab entre enero de 2022 y junio de 2022. Las características demográficas y clínicas de los pacientes incluidos en esta serie se muestran en la tabla 1.

Resultados: Presentamos una serie de 65 pacientes incluidos por los centros participantes. Las variaciones en los principales parámetros de eficacia entre visita basal y semana 16 pueden verse en la tabla 2. Aplicamos la escala multidimensional EXACTO a los pacientes que cuentan con información disponible para las variables consideradas en la escala, en el periodo basal y tras 16 semanas de tratamiento con dupilumab (pacientes evaluables n = 51). En este grupo

Parámetro (n=51)	Valor
Sexo femenino n (%)	27 (52,9)
Edad, años (media ± SD)	55,4 ± 12,4
IMC (media ± SD)	28,2 ± 5,8
Tabaquismo	
No fumador, n (%)	30 (58,8)
Exfumador, n (%)	19 (37,2)
Fumador, n (%)	2 (4)
Edad diagnóstico de asma, años (media, rango)	38,9 (2-77)
Tipo de asma, n (%)	
Tipo 2 alérgico	4 (7,8)
Tipo 2 alérgico/eosinofílico	29 (56,9)
Tipo 2 eosinofílico	18 (35,3)
Corticoides dependientes, n (%)	16 (31,4)
Prednisona oral (o equivalente) dosis mg/día, media ± SD	15,1 (7,9)
Comorbilidades, n (%)	
Sensib. neumoalérgenos estacionales	24 (47,1)
Sensib. neumoalérgenos perennes	27 (52,9)
Rinitis alérgica	21 (41,2)
EREA	10 (19,6)
RSCsPN	7 (13,7)
RSCcPN	23 (45,1)
Dermatitis atópica/urticaria crónica espontánea	4 (7,8)
GEPA	1 (2)
ERGE	14 (27,5)
Apnea obstructiva del sueño	10 (19,6)
Bronquiectasias	10 (19,6)
Depresión/ansiedad	12 (23,5)
Osteoporosis	7 (13,7)
Insuficiencia suprarrenal	1 (2)
COVID 19	19 (37,3)
Tratamientos activos en visita basal, n (%)	
ICS/LABA	42 (82,4)
LABA dosis altas	37 (72,5)
LAMA	37 (72,5)
Triple terapia	9 (17,6)
Montelukast	37 (72,5)
Macrólidos	9 (17,6)
GCO	16 (31,4)
Hospitalizaciones en el año previo, n (%)	
0	45 (88,2)
1	5 (9,8)
2	1 (2)
Agudizaciones en el año previo, n (%)	
0	10 (19,6)
1	7 (13,7)
2	9 (17,6)
3	9 (17,6)
≥4	16 (31,5)
ACT, media ± SD	12,3 (5,5)
PreBD FEV1 ml, mediana ± SD	1780 ± 776,5
FeNO, mediana (rango)	56 (5-192)
IgE, mediana (rango)	241 (8-6314)
EOS, mediana (rango)	330 (0-4600)
Tratamiento biológico previo, n (%)	
NO	19 (37,3)
SI, de los cuales	
1 MAb previo	34 (66,7)
2 MAbs previos	34 (100)
3 MAbs previos	14 (41,2)
	3 (8,8)

Tabla 1. Comunicación 756. Características demográficas.

de pacientes 13 (25,5%) obtuvieron respuesta completa (superrespondedores), 23 (45,1%) buena respuesta, 12 (23,5%) respuesta parcial y 3 (5,9%) no respondedores. No se informaron acontecimientos adversos de gravedad.

ACT basal	ACT semana 16	FEV1 basal [ml]	FEV1 semana 16 [ml]
Media (SD)	12,8 (±5,6)	19,1 (±5,9)	Media (SD)
OCS basal [mg/día]	OCS semana 16 [mg/día]		
Media (SD)	15,1 (±7,9)	7,7 (±8,6)	Aguadizaciones (n)
			Visita Basal Semana 16
			47 14
			Super-respondedor Buena Respuesta parcial No respuesta
EXACTO (n)	NO OCS	11 17 7 0	
	OCS	2 6 5 3	

Tabla 2. Comunicación 756. Resultados.

Conclusiones: 1. El tratamiento con dupilumab fue eficaz en la consecución del control de los pacientes con AGNC. 2. En base a la escala EXACTO, un elevado porcentaje de pacientes tratados con dupilumab alcanzaron respuesta completa o buena (70,6%) y una cuarta parte alcanzaban la superrespuesta. La tasa de no respuesta fue baja.

772. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE TRATADOS CON ANTICUERPOS MONOCLONALES

Mercedes Baena Bustos¹, Elena Viciana Martín¹, Cristina Benito Bernáldez¹, Vicente Merino Bohórquez² y Ana Gómez-Bastero Fernández³

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ²Servicio Farmacia Hospitalaria, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ³Servicio Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción: Actualmente para el tratamiento del asma grave tenemos los anticuerpos monoclonales con dianas específicas dentro de la cascada inflamatoria de la enfermedad. Dado las características de los pacientes asmáticos y la cronicidad de la enfermedad, cada vez adquiere mayor importancia medir la satisfacción de dichos pacientes respecto a los tratamientos que realizan asociándose con la adherencia y continuidad del tratamiento. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la satisfacción de los pacientes con asma grave tratados con anticuerpos monoclonales y su correlación con los métodos de evaluación y control.

Material y métodos: Estudio observacional transversal que incluye a los pacientes con asma grave en tratamiento con monoclonales actualmente procedentes de la unidad de asma del HUVM. Se han analizado características demográficas, clínicas, control de síntomas mediante ACT, respuesta según la escala multidimensional (EXACTO) del consenso de asma del 2022, efectos secundarios y la satisfacción medida mediante el cuestionario SATMED-Q.

Comorbilidad	N	%
Atopia	34	30.4
Rinosinusitis crónica	80	71.4
Poliposis nasosinusal	51	45.5
EREA	7	6.3
SAHS	43	38.4
Obesidad	43	38.4
Bronquiectasias	20	17.9
ERGE	32	28.6
Patología psiquiátrica	9	8.0
Inmunodeficiencia	7	6.3
EGPA	2	1.8
Osteoporosis	15	13.4

Tabla 1. Comunicación 772. Comorbilidad en los pacientes con anticuerpos monoclonales.

Resultados: Se incluyeron inicialmente 112 pacientes (46 hombres y 66 mujeres) con una edad media de 59. 48,2% estaban en tratamiento con benralizumab, 29,5% mepolizumab, 16,1% omalizumab;

y 6,3% dupilumab. Del total de pacientes, 46,4% estaban en autoadministración. Y el 92% de los pacientes no había presentado ningún efecto secundario. Las comorbilidades se muestran en la tabla 1. Para la evaluación de la satisfacción, se analizaron 88 pacientes que completaron el SATMED-Q vía telefónica, con una satisfacción total media de 50,3 (7,9) puntos (0-68). En la tabla 2 se recoge el análisis por subgrupos existiendo una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,016$) en la ST, siendo mayor en los tratados con omalizumab. No hubo diferencias en el ACT, y si en el EXACTO ($p < 0,020$) concretamente con benralizumab. No hubo diferencias entre la autoadministración y hospitalario. Hubo una correlación débil, aunque significativa entre la ST y el ACT ($r = 0,397$, $p = 0,000$), y entre la ST y el EXACTO ($r = 0,277$, $p = 0,009$).

Conclusiones: El grado de la satisfacción de los pacientes con asma grave con el tratamiento monoclonal es bueno, correlacionándose significativamente con el grado de control del asma (ACT) y la respuesta al tratamiento monoclonal (EXACTO). Observándose diferencias significativas en la percepción la satisfacción de los pacientes entre los diferentes anticuerpos monoclonales, sin diferencias en cuanto a la administración domiciliaria u hospitalaria.

378. EVALUACIÓN DE RESPUESTA A FÁRMACOS BIOLÓGICOS ANTI-IL5/IL5R MEDIANTE ESCALA FEOS Y CRITERIOS DE SUPER-RESPONDEDORES

Daniel Laorden Escudero¹, Daniela Jose Allocca Alvarez¹, Teresa Lázaro Miguel-Sin¹, Omar Fabián Chaparro Díaz¹, Ester Zamarrón de Lucas¹, David Romero Ribate¹, Javier Domínguez Ortega², Itsaso Losantos García³, Santiago Quirce Gancedo² y Rodolfo Álvarez-Sala Walther¹

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

Introducción: Las guías de manejo de asma recomiendan la evaluación continua de la respuesta al tratamiento biológico, siendo

	Omalizumab N=15(17%) Media± DE	Mepolizumab N=20 (22.7%) Media± DE	Benralizumab N=46 (52,2%) Media± DE	Dupilumab N=7 (7,9%) Media± DE	pvalor
ACT	20.4±3.56	19.7±5.1	20.1±4.9	19.8±6.9	0.881
Exacto	4.56±1.7	4.67±2.1	5.6±1.7	6.17±1.0	0.020
Satisfacción efectos indeseables	0.9±1.7	0±0	0.6±1.8	0.17±0.4	0.077
Satisfacción eficacia	11.5±0.9	10.7±2.0	9.0±3.7	9.0±1.7	0.006
Satisfacción comodidad	10.8±2.5	11.3±1.3	11.3±1.3	10.7±2.0	0.771
Satisfacción impacto	11.5±0.9	10.6±1.8	9.4±3.6	9.5±2.3	0.174
Satisfacción seguimiento	8.0±0	7.9±0.4	8±0	8±0	0.392
Satisfacción opinión general	11.7±0.8	11.5±1.2	10.3±3.3	12±0	0.161
Satisfacción Total	54.62±4.3	51.91±4.0	48.6±9.6	49.33 ±4.2	0.016

Tabla 2. Comunicación 772. Análisis entre subgrupos mediante la prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes.

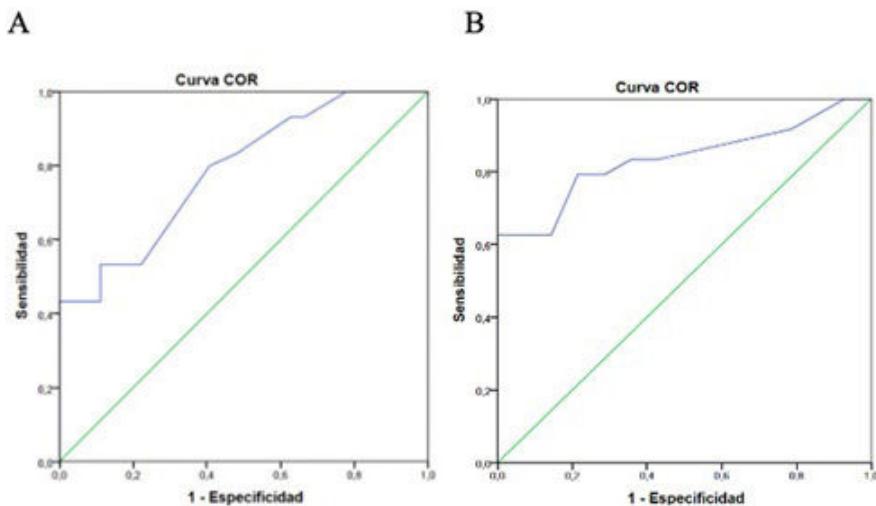


Figura 1. Comunicación 378.

conveniente que se utilicen herramientas, como el FEOS, que permiten medir combinadamente la respuesta en cuatro dominios diferentes. Nuestro objetivo fue evaluar y medir la respuesta clínica a los fármacos antiinterleucina (IL)-5 y 5-receptor (5R) en base a los criterios publicados por Upham *et al.* (*J Allergy Clin Immunol Pract*. 2021;9:3997-400) así como aplicar la escala FEOS a los mismos pacientes.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, llevado a cabo en el Hospital Universitario La Paz de los pacientes tratados con anti-IL5/IL5R entre los años 2017 y 2021. Se incluyeron variables demográficas y clínicas, tratamiento para el asma y las comorbilidades que afectan más frecuentemente al control del asma. Se aplicó la escala FEOS tras uno y dos años de tratamiento. Se analizaron los pacientes que cumplían criterios de superrespuesta, según los criterios de Upham *et al.* Por último, se exploró si existía asociación entre los criterios de Upham y la escala FEOS.

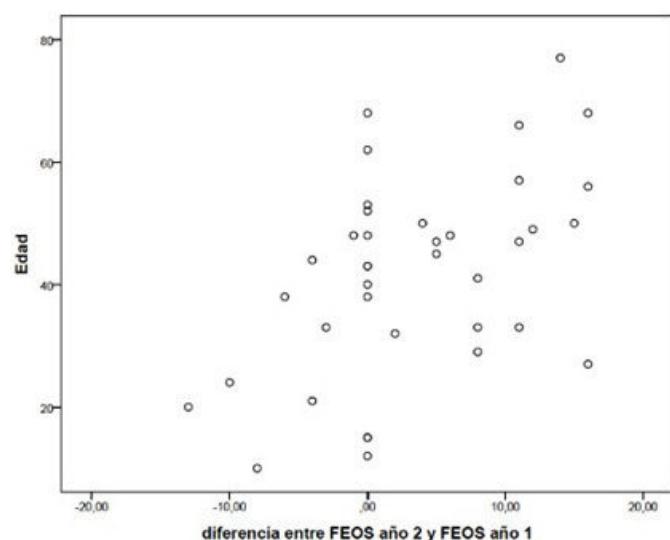


Figura 2. Comunicación 378.

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes (32 tratados con mepolizumab, 18 con benralizumab y 10 con reslizumab). Al año del tratamiento, 30 fueron superrespondedores, 27 respondedores y 3 no respondedores. La mediana de FEOS fue de 76. El FEOS consiguió una curva ROC de 0,786 para definir superrespuesta. El punto de corte de FEOS = 75 para identificar superrespondedores obtuvo una sensibilidad del 80% y especificidad de 59% (imagen 1A). Tras dos años del tratamiento, se

estudiaron 38 pacientes. La mediana del FEOS fue de 76; 24 fueron superrespondedores, 11 respondedores y 3 no respondedores. Se buscó una correlación entre los superrespondedores y las cifras de FEOS, con un área bajo la curva de 0,835. FEOS = 75 podría ser un punto de corte para super-respondedores con una sensibilidad del 83% y especificidad del 64% (fig. 1B). Si valoramos la correlación estadística entre el FEOS y las características basales, observamos mayor aumento del FEOS entre los de mayor edad ($p = 0,003$; $r = 0,458$) (fig. 2) y los que padecían síndrome de apnea del sueño ($p = 0,035$).

Conclusiones: El FEOS, así como los criterios de Upham *et al.* son herramientas útiles para medir el tipo de respuesta a los anti-IL5/R. Una puntuación de FEOS = 75 puede ser un punto de corte adecuado para identificar aquellos pacientes superrespondedores.

78. EVALUACIÓN TEMPRANA DE LA EFICACIA DEL DUPILUMAB EN UNA COHORTE DE ASMÁTICOS GRAVES DE LA UNIDAD MULTIDISCIPLINARIA DE ASMA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO

Maria José Espinosa de los Monteros Garde, Mar Moro Moro, Mar Jiménez Lara, Cristina Blázquez Romero, Fátima Moreno Sánchez, Sergio Carrasco Oliva, Mercedes Ruiz Valero y Carlos Almonacid Sánchez

Hospital Universitario de Toledo, España.

Introducción: El dupilumab es un anticuerpo monoclonal humano indicado para el tratamiento del asma grave no controlada tipo 2. Presenta un mecanismo de acción dual, uniéndose a la subunidad α del receptor de la IL-4 (IL-4R α) e inhibiendo simultáneamente la señalización de IL-4 e IL-13 (citocinas clave y centrales en la fisiopatología del asma). Está comercializado en España desde febrero de 2022. Por ello, hay una carencia de publicaciones en vida real en nuestro medio. El propósito de nuestro estudio ha sido evaluar de forma temprana su eficacia en la práctica clínica habitual.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes asmáticos graves T2 tratados con dupilumab durante al menos 3 meses. El seguimiento se ha realizado en la unidad de asma multidisciplinaria del Hospital Universitario de Toledo. Se analizaron 32 pacientes en tratamiento con duplimab alcanzando un tiempo de seguimiento de 3 meses. Se recogieron en el momento de inicio del biológico datos demográficos, presencia de atopía, tratamiento previo con otro biológico, corticodependencia, presencia de rinosinusitis crónica con o sin poliposis y EREA, control del asma medido por el cuestionario de control (ACT), porcentaje del volumen

espirado en el primer segundo (FEV1), FENO y eosinófilos en sangre. Se analizó el impacto del dupilumab a los 3 meses de tratamiento en relación al FENO, nivel de eosinófilos, % FEV1 y ACT.

Resultados: Tras tres meses de tratamiento biológico se observó un descenso de los eosinófilos de 300 μ L a 251 μ L ($p = 0,958$), un descenso del FENO de 44 ppb RIQ (28-80,25) a 13,5 ppb RIQ (6,50-28) ($p < 0,001$), un incremento del control del asma (ACT) con una puntuación prebiológico de 14 puntos RIQ (8-18) vs. 22 puntos RIQ (18,25-24) posbiológico, ($p < 0,001$) así como una mejora del % del FEV1 que se incrementó del 69% RIQ (60,25-85,75) pre al 89% RIQ (79-101) post ($p < 0,001$).

	N=32 PACIENTES CON DUPILUMAB
Mujeres (%)	68.75%
Edad Media (DE)	33.4 (15.92)
IMC Media (DE)	27(4.06)
Comienzo del asma en edad adulta N (%)	22(68.7%)
Atopia (%)	63.33%
Poliposis nasal N (%)	20.69%
Corticodependencia (%)	4 (12.5%)
Eosinófilos Media (RIQ)	408(230-500)
FENO ppb Media (RIQ)	42 (24-81)
IG E KU/L Media (RIQ)	264(55-1027.2)
ACT Media (DE)	11.5(15.9)
Fev1% Media(DE)	69(61-87.5)
Fev1 pre-ML	2095 (1897,5-2580)

Tabla 1. Comunicación 78. Características clínicas de los pacientes tratados con dupilumab.

Conclusiones: En la muestra de asmáticos seleccionada con asma grave T2 el tratamiento con el anticuerpo monoclonal anti-L4-IL13 mostró mejoría del control del asma y de la función pulmonar a los 3 meses de haber iniciado el tratamiento.

74. ¿EXISTEN DIFERENCIAS RELEVANTES ENTRE PACIENTES ASMÁTICOS DE UNA CONSULTA AMBULATORIA Y DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA?

Ana Gómez Larrauri, Edurne Echevarría Guerrero, Jone Solorzano Egurbide, Imanol González Muñoz, Milagros Iribarri Pascual y Nuria Marina Malanda

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España.

Introducción: El asma bronquial es cada vez más prevalente en nuestro medio, siendo una de las enfermedades más frecuentemente vistas en las consultas de Neumología. Dado el importante volumen de pacientes, según gravedad y control, los pacientes asmáticos reciben seguimiento tanto a nivel de Atención primaria (asma intermitente o persistente leve), consulta general de Neumología de forma ambulatoria (asma persistente moderado), y consulta hospitalaria monográfica de asma (asma persistente grave y mal controlado). Sin embargo, los escalones terapéuticos son fluctuantes, pudiéndonos encontrar en cierto momento del seguimiento pacientes de similares características tanto a nivel ambulatorio como monográfico. Objetivo: evaluar las diferencias entre pacientes asmáticos en seguimiento

en consulta de Neumología ambulatoria y en consulta monográfica de asma, comparando variables propias de los pacientes, gravedad del asma, prueba diagnóstica de la enfermedad, así como adherencia a los distintos tratamientos del paciente.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo, en el que se incluyeron 212 pacientes (107 consulta ambulatoria de neumología general y 105 consulta monográfica de asma) de similares características en cuanto a edad, sexo y gravedad. Se evaluó sexo, edad, prueba objetiva del diagnóstico de asma, obstrucción medida por FEV1, FeNO, control subjetivo con ACT y adherencia al tratamiento. Todos los pacientes incluidos firmaron el consentimiento de inclusión al estudio. Las variables se describen como mediana y porcentajes y se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Ver tablas.

	Todos n=212	Ambulatorio n=107	Monográfica n=105
Sexo			
Mujer	130 (61.3%)	66 (61.7%)	64 (61.0%)
Varón	82 (38.7%)	41 (38.3%)	41 (39.0%)
Edad	59 [46.0;71.0]	64.0 [48.5;75.0]	54.0 [41.0;65.0]

Tabla 1. Comunicación 74. Características de los pacientes.

	Todos n=212	Ambulatorio n=107	Monográfica n=105
BD	48 (40.7%)	25 (58.1%)	23 (30.7%)
FeNO	44 (37.3%)	10 (23.3%)	34 (45.3%)
BD y FeNO	21 (17.8%)	4 (9.30%)	17 (22.7%)
Provocación	5 (4.24%)	4 (9.30%)	1 (1.33%)

Tabla 2. Comunicación 74. Prueba diagnóstica objetiva del asma.

	Todos n=212	Ambulatorio n=107	Monográfica n=105	p
FEV1(mediana)	2155[1722;2790]	2000[1600;2785]	2300[1875;2895]	0.06
FEV1(% media)	81.3	80.9	81.8	0.717
FeNO	33.0 [17.0;57.9]	42.0 [13.2;80.1]	29.4 [17.0;54.5]	0.559
ACT	21 [16;24]	20 [16;23]	22 [17;24]	0.070

Tabla 3. Comunicación 74. Valores obstrucción bronquial, inflamación vía aérea y ACT.

	Todos n=212	Ambulatorio n=107	Monográfica n=105	p
Adh. CI	86.0 [62.7;97.2]	90.9 [71.4;99.5]	80.8 [59.6;94.1]	0.004
Adh. LABA	86.3 [62.7;97.2]	90.9 [71.4;99.5]	81.3 [59.1;94.1]	0.004
Adh. LAMA	89.9 [74.7;96.7]	94.1 [87.2;98.9]	87.0 [65.5;95.8]	0.007
Adh. ARLT	94.0 [81.5;98.5]	97.7 [89.6;100]	93.2 [74.2;97.3]	0.016

Tabla 4. Comunicación 74. Adherencia al tratamiento.

Conclusiones: En ambos niveles asistenciales, aproximadamente el 60% de los pacientes son mujeres y el 40% hombres con una edad media de 54-64 años. La prueba diagnóstica de asma por excelencia en ambos niveles asistenciales es la BD. En consulta monográfica hay más diagnóstico por FeNO que a nivel ambulatorio porque resulta más accesible. No se han objetivado diferencias

	Inicio tratamiento	Periodo post-biológico (3 meses)	P
ACT media (RIQ)	14 (8-18))	22(18,25-24)	<0,001
%FEV1 mediana (RIQ)	69(60,25-85,75)	89 (79-101)	<0,001
FEV1 ML mediana (RIQ)	2150 (1815-2590)	2610 (2140-3190)	<0,001
FENO mediana (RIQ)	44(28-80,25)	13,5(6,50-28)	<0,001
EOSINOFILOS mediana (RIQ)	300(100-500)	251,50 (100-524,5)	0.958

*análisis realizado mediante SPSS /RIQ: rango intercuartil

Tabla 2. Comunicación 78. Biomarcadores T2, control y función pulmonar tras 3 meses de dupilumab.

significativas en cuanto a valores de obstrucción bronquial, FeNO o ACT entre ambos grupos. Se ha objetivado una mejor adherencia al tratamiento en pacientes de consulta ambulatoria frente a consulta monográfica. Esto podría deberse a que los pacientes con mala adherencia y mal control del asma son generalmente derivados a la consulta monográfica. Sería importante un circuito bidireccional ambulatorio-monográfico si hay variaciones en los escalones terapéuticos o en el control de la enfermedad de cara a optimizar los recursos asistenciales.

318. EXPERIENCIA CON DUPILUMAB EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN UNA UNIDAD DE ASMA DE ALTA COMPLEJIDAD

Marina Rubio Moreno, Santiago F. Jiménez Roche, Borja Valencia Azcona, María Pérez Morales, Francisco Rivas Ruiz y Alicia Padilla Galo
Hospital Costa del Sol, Marbella, España.

Introducción: El dupilumab es un anticuerpo monoclonal recombinante de la IgG4 humana que inhibe la señalización de la IL4 e IL13. Su uso está aprobado en España desde enero de 2022 para asma grave T2 y para otras comorbilidades asociadas a inflamación T2, como la dermatitis atópica desde 2020. Los objetivos del estudio son describir las características de los pacientes en tratamiento con dupilumab en condiciones de práctica clínica habitual en nuestra unidad y valorar los cambios clínicos, funcionales y de inflamación a los 6 meses de tratamiento.

Material y métodos: Se evaluaron las características clínicas (edad, sexo, IMC, comorbilidades, corticodependencia, ACT...), FEV1, FENO, eosinófilos en sangre e IgE, de los pacientes con asma grave T2 en tratamiento con dupilumab, en situación de práctica clínica habitual. Se realizó análisis descriptivo utilizando medidas de posición (mediana y rango intercuartílico) para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas. Para evaluar diferencias apareadas se utilizó el test de rangos de Wilcoxon para variables cuantitativas, y test de McNemar para las cualitativas. Se utilizó el software SPSS v28.

Resultados: Se han incluido 14 pacientes con asma grave T2 en tratamiento con dupilumab, de los que 5 han completado al menos 6 meses de tratamiento y seguimiento. El 50% eran mujeres, con una mediana de edad de 61,5 (RI:19,3) años, edad de diagnóstico 12,5 (RI: 24,8), IMC 27 (RI: 7), FEV1 79% (RI: 28), FeNO 14 (RI: 16,5), eosinófilos

en sangre 285 (RI: 270), IgE 422 (RI: 2.384). Las principales comorbilidades asociadas fueron: 100% rinitis alérgica, 57% ansiedad-depresión, 29% poliposis nasal, 29% RGE, 21,4% dermatitis atópica, 14% fibromialgia y 7% AOS. Solo 1 paciente era corticodependiente y el 93% había estado previamente en tratamiento con otro biológico. Los principales motivos de inicio de dupilumab fueron: 43% cambio de OMA a DUPI por criterios de coste-eficiencia, 43% mal control, 7% control de patología asociada T2 y 7% efectos secundarios a biológico previo. Los principales resultados a 6 meses se muestran en la tabla y figura. El 30% de los pacientes han presentado efectos secundarios, con 1 suspensión de tratamiento.

Variables	Basal	A los 6 meses	p
ACT*	15 (10)	18 (16)	ns
Nº Asistencias a Urgencias/año previo*	0 (0)	0 (1)	ns
Corticodependientes n (%)	1 (20)	0 (0)	ns
Ciclos de corticoides orales/año previo*	1 (2,5)	0 (1)	ns
Eosinófilos en sangre*	520 (667)	210 (610)	ns
FEV1 ml*	1540 (1695)	1860 (2575)	ns
FEV1%*	75 (34)	87 (46)	ns
FEV1/FVC*	67 (13)	68 (15,5)	ns
FeNO	17 (20,5)	14 (15)	0,068

*Mediana (Rango intercuartílico)

Tabla 1. Comunicación 318. Cambios en control, función pulmonar, agudizaciones, uso de corticoides orales y parámetros de inflamación con dupilumab a 6 meses.

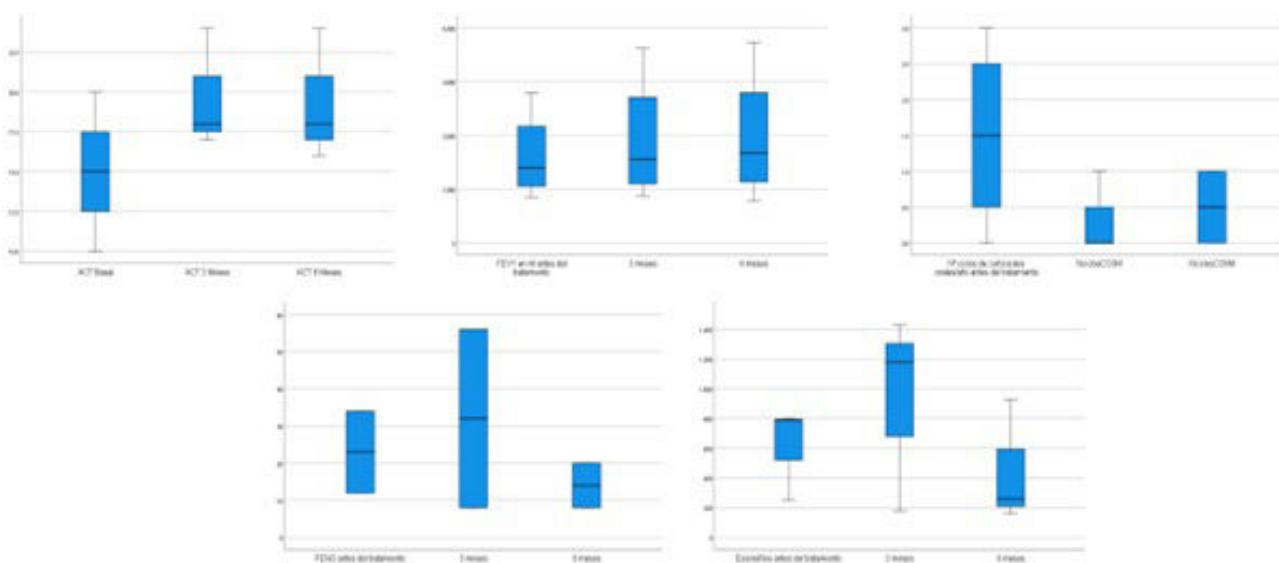


Figura 1. Comunicación 318. Cambios en control, función pulmonar, agudizaciones, uso de corticoides orales y parámetros de inflamación con dupilumab a 3 y 6 meses.

Conclusiones: El tratamiento con dupilumab en condiciones de práctica clínica habitual mejora el control y la función pulmonar de los pacientes con asma grave T2, reduciendo agudizaciones, consumo de corticoides orales y niveles de FeNO. Se necesitan estudios con mayor número de pacientes para refrendar estas conclusiones.

749. EXPERIENCIA CON TERAPIA BIOLÓGICA PARA LA INDICACIÓN DE RINOSINUSITIS CRÓNICA CON POLIPOSIS NASAL (RSCCPN) EN PACIENTES SIN CRITERIOS DE ASMA GRAVE

Inmaculada Plasencia García, Jose Carlos García Robaina, Irene de Lorenzo García, Elena Martín Ruiz de la Rosa, David Díaz Pérez, Irene Jiménez Ormazábal, Jenifer González Chávez, Javier Hernández González y Javier Merino Alonso

Hospital Universitario Ntra. Sra. Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción: Actualmente no existen medicamentos biológicos financiados para el tratamiento de la rinosinusitis crónica con polipos nasal (RSCCPN), sin embargo, dupilumab y mepolizumab tienen la indicación aprobada. El dupilumab cuenta con una resolución expresa de no financiación y mepolizumab se encuentra en estudio, considerándolo de elección, de manera que se solicitó su uso como fuera de indicación antes de aprobarse y posteriormente por indicación aún no financiada. En ambos casos, se requirió autorización de la dirección médica del centro y en el primer caso, fue necesario el consentimiento informado del paciente. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados en vida real de anticuerpos monoclonales en RSCCPN en pacientes sin criterios de asma grave no controlada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que incluyó todos los pacientes con RSCCPN tratados con terapia biológica. Los criterios de utilización han sido: al menos 2 cirugías previas o contraindicación de cirugía; tamaño de pólipos grado III. Además de 3 de estos 5 criterios: eosinofilia > 250 células/ μ L, > 2 ciclos de corticoides sistémicos

cos, anosmia, SNOT 22 (cuestionario de calidad de vida de la vía aérea superior) > 40 puntos, asma (no grave) que requiere tratamiento con corticoides inhalados de forma crónica como comorbilidad.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes, 50% hombres, con una media de edad de 55 años (DT: 13). De ellos 13(93%) con mepolizumab y 1 (7%) con benralizumab (antes de que mepolizumab tuviera indicación). Se ha suspendido el tratamiento con benralizumab por falta de respuesta a los 4 meses del inicio. Entre 2018 a 2020 inició un paciente/año; en 2021: 4 pacientes y en 2022: 7 pacientes. Están en autoadministración 9 pacientes (64%), 3 pacientes (21%) rechazaron la autoadministración y 2 (15%) están en período de formación. Los valores basales se muestran en la tabla 1. Los resultados en salud se muestran en la tabla 2.

Conclusiones: El mepolizumab se ha mostrado eficaz en el tratamiento de pacientes con RSCCPN en términos de mejorar la calidad de vida, recuperación del olfato (total o parcial), reducción de corticoides sistémicos y necesidad de nuevas intervenciones quirúrgicas, así como la persistencia en el tiempo. Nos hemos adecuado a los criterios de inclusión del ensayo clínico Synapse así como a las recomendaciones de las Guías EPOS 2020. La mayor parte de los pacientes se encuentran en administración domiciliaria. El acceso a estos fármacos es limitado, dado que aún ninguno cuenta con financiación.

428. EXPERIENCIA DEL USO DE DUPILUMAB EN NUESTRO CENTRO HOSPITALARIO

Aizea Mardones Charroalde, Esmeralda López-Zalduendo Zapater, Juan Ignacio Arriaga Lariz, Erika Brenlla Carballo, Mikel Viles Odriozola, Nerea Bustillo Agote y Ane Uriarte González

Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España.

Introducción: El asma grave constituye un síndrome heterogéneo con diferentes variantes clínicas. Así, el denominado asma T2 alto es el más frecuente. En este fenotipo de asma podemos encon-

Pacientes > 4 meses de tratamiento	n=9 (100% con mepolizumab)
Mediana de intervenciones quirúrgicas	2±1,6 (Rango: 0*-7)
Media SNOT-22	57±12
Anosmia	n=9 (100%)
>2 ciclos de corticoides sistémicos en año previo	n=9 (100%)

*El valor de 0 se debe a contraindicación de la cirugía

Tabla 1. Comunicación 749. Datos basales.

n=9 pacientes	
Reducción del SNOT22 en > 8,9 puntos*	n=7 (78%) n=2 (22%) sin datos
Reducción del tamaño de los pólipos	n=8 (89%)
Administración de corticoides sistémicos al año de iniciar tratamiento	n=0 (0%)
Administración de corticoides sistémicos > 1 año tras iniciar tratamiento	n=3 (60)**
Olfato	Escala EVA 10/10: n=5 (56%) Escala EVA 5/10: n=3 (33%) Escala EVA 0/10 (anosmia): 1 (12%)
Cirugía de polipectomía tras iniciar tratamiento	n=1 (12%)

*diferencia clínicamente significativa

** 5 pacientes cumplían > 1 año de tratamiento

Tabla 2. Comunicación 749. Resultados en salud.

trar elevación en la IgE, eosinófilos y/o Feno. El dupilumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea la subunidad alfa del receptor de la IL4, bloqueando tanto la IL4 como la IL13.

Material y métodos: Se realiza un estudio observacional descriptivo en una muestra ($n = 12$) de pacientes que han recibido tratamiento con dupilumab durante al menos 6 meses. Se recogen características basales, los cambios en el FEV1, ACT, FeNO, la eosinofilia y la toma de corticoides orales tras tratamiento.

Resultados: El 58,4% eran mujeres con edad media de 55 años frente a 41,6% hombres con edad media de 49,2. El 91,6% de ellos el debut había sido en la edad adulta. El 75% estaban sensibilizados a alérgenos. Todos se encontraban con ICS/LABA a altas dosis, LAMA y provenían de tratamiento biológico previo. El 58,3% eran corticodependientes con dosis media de 22,5 mg/día. Presentaban mal control sintomático con una media de 2,08 agudizaciones el año previo y ACT de 12. Presentaban, baja función pulmonar con un FEV1 del 67%, FENO elevado 68 ppb, IgE media de 934 y eosinofilia mayor de 820. Todos presentaban sobrepeso con IMC medio de 30,5. El 58,4% tenía antecedentes de poliposis y el 71% habían tenido CENS previo. El 33,3% tenían ansiedad, el 25% ERGE en tratamiento con IBP, el 16% asociaba AOS y el 8,3% presentaban un EREA. Tras 6 meses de tratamiento existe una mejoría parcial en el control sintomático, presentando el 25% un control total (ACT 25). Hemos observado una disminución en la toma de corticoides orales con una dosis media de 12 mg. En el 42,8% se ha conseguido una retirada casi completa de los mismos. Las exacerbaciones han disminuido a una media de 0,5. La función pulmonar ha mejorado en el 33%. El FENO ha disminuido a 36,8 ppb. En el 25% de los pacientes han presentado una eosinofilia mayor de 1.000. En todos ellos asintomática.

Conclusiones: 1. El dupilumab se muestra como alternativa eficaz para el tratamiento del asma grave T2 alto en nuestra muestra de pacientes en la que todos provenían de fallo a biológico previo. 2. Ha demostrado reducción en el número de exacerbaciones y en la dosis de corticoides sistémicos. Mejoría en la función pulmonar el 33% de los casos. 3. Es un fármaco seguro en el que no hemos observado efectos secundarios graves y en aquellos pacientes que han presentado eosinofilia periférica, esta ha sido de manera asintomática.

403. EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON DUPILUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA (AGNC)

Ana Gloria Badillo Melgar, María Morales González,
Maja Cristina Yanlli Bonduki, Belén Herrero González
y Angella Mercedes Burgos Pimentel

Hospital Punta Europa (Algeciras), Algeciras, España.

Introducción: Cada vez son más las opciones de tratamientos biológicos en pacientes con AGNC, siendo el último anticuerpo monoclonal comercializado el dupilumab. El objetivo es valorar nuestra experiencia con dicho fármaco.

Material y métodos: Estudio prospectivo de los pacientes con inicio de dupilumab y en seguimiento en nuestra consulta.

Resultados: Se ha iniciado tratamiento con dupilumab a 11 pacientes, 7 mujeres (63,6%) y 4 hombres (36,4%) con una edad media de 65 años ($\pm 7,2$ años) e inicio de síntomas en edad adulta (81,8%). Había 4 pacientes (36,4%) nunca fumadores y 7 pacientes (63,6%) exfumadores. Las comorbilidades de nuestros pacientes fueron: alergia (72,7%), rinosinusitis (36,4%), pólipos nasales (18,2%), reflujo gastro-esofágico (18,2%) y ansiedad y/o depresión (18,2%). El 81,8% de los pacientes presentaba sobrepeso u obesidad con un IMC medio de 30,66. La media de FEV1 (mL) antes del inicio del tratamiento fue de 1.749 mL, media FEV1(%) de 74,2% y de FVC (mL) de 2.913 mL. La media de eosinófilos fue de 362 y la media de IgE de 295,9. El 90,9% tenía un ACT < 20 a pesar de dosis altas de corticoides inhalados (81,8%). Solo un paciente era cortico-dependiente (9,1%). La mediana del nú-

mero de ciclos de corticoides en el año previo y del número de agudizaciones fue de 2 respectivamente. Del total de pacientes, 8 (72,7%) tenían algún tratamiento biológico previo bien con omalizumab (62,5%) o mepolizumab (37,5%) con una mediana de tiempo de 42 meses. En 7 pacientes (87,5%) se cambió de biológico por falta de respuesta y en un paciente (12,5%) por efectos adversos. Se realiza una revisión a los 3 meses en 9 pacientes con sensación subjetiva de mejoría en 8 (88,9%) sin agudizaciones ni necesidad de ciclos de corticoides y un ACT > 20 en el 88,9%. Con respecto a la función pulmonar se observa una media de FEV1(mL) de 2.222,5 mL, media de FEV1(%) de 100,25% y una media de FVC (mL) de 3.072 mL. La media de eosinófilos fue de 375 y la media de IgE de 85. Dos pacientes han tenido revisión a los 6 meses con mejoría del ACT, sin agudizaciones ni ciclos de corticoides. Al comparar la función pulmonar previo y a los 3 meses del tratamiento se observa una correlación de 0,919 ($p = 0,081$).

Conclusiones: A pesar de que nuestra experiencia con dupilumab es reducida y el tiempo de seguimiento aún es escaso, ante los datos obtenidos podríamos decir que parece existir una mejoría en cuanto a la función pulmonar, así como del control de la enfermedad medida a través del ACT y del número de exacerbaciones.

443. EXPERIENCIA EN VIDA REAL TRAS ADMINISTRACIÓN DE DUPILUMAB

Marta Solís García, María Rodrigo García,
Ana Sofía Martín Hernández, Celeste Marcos,
Jose María Eiros Bachiller, Elisa Martínez Besteiro,
Ana Arcos García, Mateo Hevia Menéndez, Laura Castellanos López,
Carlos Melero Moreno y Carolina Cisneros Serrano

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

Introducción: El dupilumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra la subunidad alfa del receptor de la IL-4, que bloquea la acción de la IL-4 y de la IL-13. En España, este fármaco se empezó a financiar en febrero de 2022 para su uso en asma grave refractaria a otros tratamientos. Aunque en ensayos clínicos ha demostrado eficacia, hay pocos datos en vida real. El objetivo es estudiar la eficacia del dupilumab en pacientes con asma grave.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes de una unidad de asma que habían recibido una primera dosis de dupilumab 300 mg entre marzo y julio de 2022. Se recogieron características basales demográficas, motivo de inicio del tratamiento, características clínicas, biológicos previos, función pulmonar, FENO, dosis de corticoide (oral e inhalado), exacerbaciones y cuestionarios (TAI, AQLQ, SNOT22 y ACT) pre y posinicio de la terapia con dupilumab (tabla 1). Para el análisis estadístico se utilizó el programa R (versión 3.6.0) siendo significativa una $p < 0,05$.

Resultados: De 17 pacientes incluidos, 6 eran hombres (35%) y 11 mujeres (65%). El motivo más frecuente de inicio del tratamiento era exacerbaciones graves en el año previo (35%) seguido de la necesidad de reducir corticoides orales (CO) (18%), la poliposis nasal con requerimiento de CO (12%), la dermatitis atópica con requerimiento de CO (18%), la obstrucción grave de vía aérea (6%) o la ABPA (12%). El estudio demostró una disminución de las exacerbaciones (de 1,7 ($\pm 1,3$) a 0,1 ($\pm 0,2$)). De los 8 paciente con CO se consiguió suspender en 4 (50%). También se objetivó una mejoría de la función pulmonar medida en FEV1 (de 64,7 ($\pm 24,9$) a 74,5 ($\pm 21,7$)) así como, una reducción de los niveles de FENO (de 58,2 ($\pm 30,0$) a 24,1 ($\pm 13,5$)). Se observó un incremento en la puntuación de todos los cuestionarios. En la tabla 2 se muestran los resultados previos y posteriores al inicio del dupilumab. Existe mejoría estadísticamente significativa en los datos referentes a exacerbaciones, en la puntuación del SNOT22 (CVRS de pólipos) y en los niveles de FENO.

	TOTAL (N=17)
Sexo	
Hombre	6 (35.3%)
Mujer	11 (64.7%)
Edad	52.6 (± 15.3)
IMC	28.1 (± 5.5)
EREA	7 (41.2%)
Poliposis nasal	7 (41.2%)
RSC	7 (41.2%)
Bronquiectasias	6 (35.3%)
Test alergia +	14 (82.4%)
ERGE	6 (35.3%)
Tratamiento habitual previo	
LABA	17 (100.0%)
LAMA	15 (88.2%)
CI	17 (100.0%)
AntiLeucotrienos	10 (58.8%)
CIN	8 (47.1%)
CO	8 (47.1%)
Motivo Inicio	
Exacerbaciones en el año previo	6 (35.3%)
Reducción corticoide de mantenimiento	3 (17.6%)
Poliposis nasal no controlada	2 (11.8%)
Dermatitis no controlada	3 (17.6%)
Obstrucción grave de la vía aérea	1 (5.9%)
ABPA	2 (11.8%)
Biológico previo	
Sin previo	3 (17.6%)
Omalizumab	7 (41.2%)
Mepolizumab	2 (11.8%)
Benralizumab	3 (17.6%)
Omalizumab y Mepolizumab	2 (11.8%)
Efectos Adversos	0 (0.0%)

Tabla 1. Comunicación 443. Descriptivo de características basales de los pacientes incluidos. IMC: índice de masa corporal, EREA: enfermedad respiratoria exacerbada por aspirina, RSC: rinosinusitis crónica, ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico, LABA: beta agonista de larga duración, LAMA: anticolinérgico de larga duración, CI: corticoide inhalado, CIN: corticoide intranasal, CO: corticoide oral, ABPA: aspergilosis broncopulmonar alérgica.

	Pre-tratamiento (N=17)	Post-tratamiento (N=17)	p-valor
FEV1	64.7 (± 24.9)	74.5 (± 21.7)	0.250
FEV1/FVC	56.2 (± 16.9)	59.5 (± 13.7)	0.534
FENO	58.2 (± 30.0)	24.1 (± 13.5)	<0.001
PEF	335.0 (± 127.0)	318.0 (± 79.4)	0.686
Exacerbaciones	1.7 (± 1.3)	0.1 (± 0.2)	<0.001
Corticoide mantenimiento	8 (47.1%)	4 (23.5%)	0.282
Prednisona (dosis equivalente)	7.5 (± 2.9)	5.0 (± 0.0)	0.312
BDP (dosis equivalente)	1480.0 (± 491.0)	1290.0 (± 502.0)	0.277
TAI	49.4 (± 0.9)	49.4 (± 1.2)	0.921
miniAQLQ	4.6 (± 1.4)	5.4 (± 1.1)	0.223
SNOT22	58.6 (± 16.5)	23.6 (± 15.5)	0.009
ACT	16.9 (± 5.7)	19.3 (± 5.9)	0.233
Eosinófilos en sangre periférica	176.0 (± 212.0)	596.0 (± 1170.0)	0.154
IgE	957.0 (± 1060.0)	695.0 (± 254.0)	0.739

p-valores significativos ($p < 0.05$).

Tabla 2. Comunicación 443. Descriptivo de variables con respecto a tiempo. BDP: beclometasona dipropionato, TAI: test de adherencia a inhaladores, AQLQ: cuestionario de calidad de vida de asma, ACT: test de control de asma, SNOT22: test de síntomas nasosinusales 22.

Conclusiones: En nuestros pacientes, DUPILUMAB demostró disminuir de manera significativa las exacerbaciones, reducir los niveles de FENO y la puntuación en el cuestionario SNOT22. Asimismo, se observó mejoría en las demás variables clínico funcionales, aunque sin alcanzar significación estadística.

780. FACTORES PREDICTORES DE RESPUESTA A MEPOLIZUMAB A 3 AÑOS DE EVOLUCIÓN EN PACIENTES CON ASMA GRAVE EOSINOFÍLICA

Francisco Javier Álvarez Gutiérrez¹, Belén Muñoz Sánchez¹, Juan Francisco Medina Gallardo¹, María Auxiliadora Romero Falcón¹, María Victoria Maestre Sánchez¹, Ana Gómez Bastero Fernández², Stefan Cimbolek³, Julio Delgado Romero⁴ y Ana Ruiz Bernal¹

¹Unidad de Asma, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

³Servicio Alergia, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ⁴Servicio Alergia, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción: El mepolizumab es un anticuerpo monoclonal anti-IL5 que ha demostrado su efectividad en ensayos clínicos en pacientes con asma grave no controlada (AGNC) eosinofílica. Sin embargo, existen pocos estudios de los factores que pueden predecir su efectividad a largo plazo en práctica clínica habitual. Objetivo: estudiar a largo plazo (3 años) a pacientes con AGNC eosinofílica tratados con mepolizumab, evaluando aquellos factores recogidos al inicio del estudio que pueden predecir la respuesta a largo plazo.

Material y métodos: Estudio multicéntrico en práctica clínica habitual en el que se evalúan pacientes con asma eosinofílica grave no controlada en tratamiento con mepolizumab durante 3 años seguidos en consultas externas de neumología y alergología. Se estudiaron aquellos factores clínicos (demográficos, índice de masa corporal (IMC), control de la enfermedad, exacerbaciones graves, ciclos de esteroides, ingresos hospitalarios, dosis de esteroides orales, comorbilidades), funcionales (FEV1, reversibilidad, FEV1/FVC, FVC), inflamatorios (eosinofilia sanguínea, FENO), recogidos en el momento del inicio del tratamiento que pueden predecir una buena respuesta a largo plazo con mepolizumab. La respuesta se valoró según la escala multidimensional (EXACTO) del consenso de asma del 2022 de SEPAR. Se incluyeron los factores en análisis por regresión logística binaria por pasos (test de Wald).

Resultados: Incluimos a 76 pacientes (mujeres 73,7%) de edad media 54,3 (14,8) años. ACT inicial 11,9 (4,6), FEV1% 72,9 (27), eosinofilia 758 (386), exacerbaciones graves previas 5,5 (4,1). La respuesta al tratamiento en los pacientes evaluables (67, excluyendo las retiradas por efectos secundarios (6), embarazo (2) y exitus (1)) fue de respuesta completa en 15 pacientes (22,4%), respuesta buena en 20 pacientes (29,8%), respuesta parcial en 14 pacientes (20,9%) y no respuesta en 18 pacientes (26,9%). En el análisis multivariante los factores predictores de respuesta completa fue el número de eosinófilos basales, para respuesta buena + completa además fue el IMC basal y para pacientes sin exacerbaciones ni uso de esteroides orales tras el tratamiento, además de los anteriores, el número de exacerbaciones previas.

Conclusiones: En pacientes tratados con mepolizumab a largo plazo obtuvimos una respuesta completa y buena en más de la mitad de los casos (52,2%). Los factores predictores de éxito del tratamiento fueron el número de eosinófilos basales, IMC bajo y número de exacerbaciones previas.

60. FACTORES RELACIONADOS CON UNA RESPUESTA SUBÓPTIMA A ANTICUERPOS MONOCLONALES EN ASMA GRAVE

David Dacal Rivas¹, Luis Pérez de Llano¹, Nuria Marina Malanda², Isabel Urrutia Landa³, Eva Martínez Moragón⁴, Jose Antonio Gullón Blanco⁵, Rocío Díaz Campos⁶, Mariana Muñoz Esquerre⁷, Alicia Harbenau Mena⁸, Borja García Cosío⁹, Carolina Cisneros Serrano¹⁰, Francisco Javier Lázaro Polo¹¹ y Daniel Laorden Escudero¹²

¹Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España. ²Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, España. ³Hospital Universitario Galdakao-USansolo, Galdakao, España. ⁴Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España. ⁵Hospital Universitario San Agustín, Avilés, España. ⁶Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España. ⁷Hospital Universitario Bellvitge, Barcelona, España. ⁸Complejo Hospitalario de Mérida, Badajoz, España. ⁹Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España. ¹⁰Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España. ¹¹Hospital Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España. ¹²Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción: Nuestro objetivo fue analizar la tasa de pacientes con respuesta clínica completa a un anticuerpo monoclonal (mAb) en un entorno real e investigar qué factores están asociados con una respuesta subóptima.

Material y métodos: La respuesta se definió como cero exacerbaciones graves en los 12 meses anteriores, ACT ≥ 20 y no toma de corticosteroides orales (CSO) de mantenimiento. Los datos se obtuvieron del registro español GEMA-DATA, una iniciativa observacional nacional, multicéntrica, con recopilación de datos retrospectiva y prospectiva. GEMA-DATA incluye pacientes de ≥ 18 años diagnosticados con asma de acuerdo con los criterios de la GINA y que reciben tratamiento de acuerdo con el escalón 5 de GINA o experimentan asma no controlada en el escalón 4. Solo se incluyeron pacientes que recibieron un mAb y habían sido seguidos durante un período superior a 12 meses. Los análisis estadísticos se realizaron con el software SPSS v28.

Resultados: En GEMA-DATA se registraron 1.020 pacientes, de los que 438 se incluyeron en este estudio. 204 pacientes cumplieron la definición de respuesta. La causa más frecuente de no haber logrado la respuesta fueron los síntomas. En el análisis bivariante, el IMC, la ansiedad/depresión, el FEV1 bajo y el uso de terapia triple inhalada se asociaron negativamente con la respuesta. La regresión logística múltiple mostró que el sexo masculino (OR 0,544, IC95%: 0,349-0,846; p = 0,007) y el FEV1 (OR 1,021, IC95%: 1,012-1,031;

p < 0,001) se asociaron significativamente con alcanzar la respuesta. Aquellos pacientes con FEV1 ≥ 65% presentaron 4 veces más probabilidades de alcanzar la respuesta que aquellos con FEV1 menor (OR 4,010, IC95%: 2,363-6,806; p < 0,001).

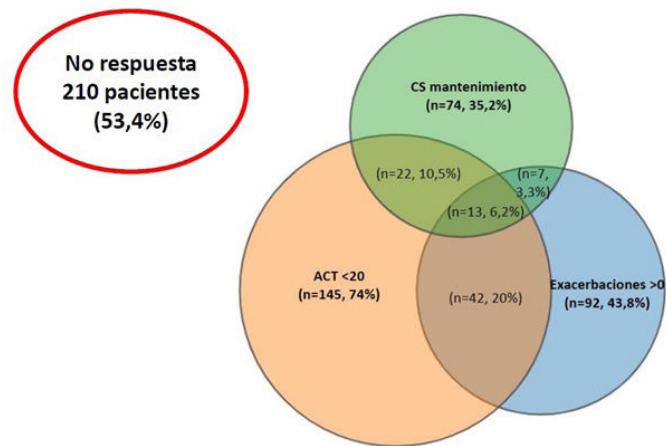


Figura 1. Comunicación 60.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes tratados con mAbs no alcanzan una respuesta completa. Los factores relacionados con una respuesta subóptima a anticuerpos monoclonales en asma grave son el grado de obstrucción bronquial y el sexo femenino.

245. GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS (GEPA): SERIE DE CASOS SEGUIDOS EN UNA CONSULTA DE ASMA GRAVE TRATADOS CON MEPOLIZUMAB

Marina Blanco Aparicio, Ana Berriochoa Rodríguez, María del Mar Fernández Marrube, Santiago de Jorge Domínguez Pazos, Laura Villar Aguilar, Gabriel Alfonso Romero Castro, Darien Duarte Busquet, Alicia Tirados Fernández y Carmen Montero Martínez

Complejo Hospitalario de A Coruña, A Coruña, España.

Introducción: La GEPA es una vasculitis de vasos de pequeño-mediano calibre poco frecuente que requiere de una alta sospecha clínica para realizar su diagnóstico de forma precoz en la fase pre-

Variable	N	β	Standard error	p	OR	95%CI
Género	414	-0,320	0,206	0,121	0,726	0,485-1,088
IMC (kg/m ²)	410	-0,060	0,018	<0,001	0,942	0,910-0,975
Ansiedad/depresión	414	-0,544	0,238	0,023	0,581	0,364-0,926
FENO (ppb)	271	0,007	0,003	0,052	1,007	1,000-1,013
FEV1 (%)	385	0,019	0,005	<0,001	1,020	1,010-1,029
FEV1 (%) <65% vs ≥ 65%	385	1,323	0,265	<0,001	3,755	2,233-6,314
Triple terapia	409	-1,195	0,210	<0,001	0,303	0,201-0,457
TAI 10 (<50/50)	188	-0,506	0,330	0,126	0,603	0,316-1,152

Análisis multivariante:

- Sexo masculino (OR 0,544, IC del 95 %: 0,349-0,846; p=0,007)
- FEV1 (OR 1,021, IC del 95 %: 1,012-1,031; p<0,001)
- FEV1 ≥65% probabilidad x4 de alcanzar respuesta (OR 4,010, IC 95%: 2,363-6,806; p< 0,001)

Tabla 1. Comunicación 60.

Edad al diagnóstico: media ± DE (rango), años	49,2 ± 14 (31-77)
Varón: n (%)	9 (75%)
Nunca fumador: n(%)	9 (75%)
Diagnóstico de asma: n(%)	12 (100%)
- Previo a GEPA	10 (83%)
- Grave	9 (75%)
Bronquiectasias: n(%)	2 (16)
FEV1 % pred: media ± DE (rango)	80,6 ± 34,1 (30-157)
FE_{No}: media ± DE (rango)	50,2 ± 39,5 (5-117)
Rinosinusitis crónica y/o poliposis nasal: n (%)	12 (100)
- Con poliposis	9 (75)
- CENS previa	6 (50)
- Otitis crónica	2 (16)
Rinitis alérgica: n (%)	3 (25)
Afectación otros órganos: n (%)	
- Polineuropatía y/o miopatía y/o SNC	7 (50)
- Cutánea	5 (41)
- Cardiaca	3 (25)
- Insuficiencia renal	2 (16)
Eosinófilos en sangre (ul/ml): media ± DE (rango)	5302,7 ± 4995 (620-17870)
Eosinófilos sangre (%): media ± DE (rango)	27,9 ± 19 (6-62)
VSG: media ± DE (rango)	52,27 ± 31,4 (4-97)
PCR: media ± DE (rango)	7,78 ± 6,10 (0,33-17,2)
Creatinina (ug/ml): media ± DE (rango)	0,96 ± 0,64 (0,49-2,85)
ANCA anti-MPO: n (%)	8 (66,6)
Biopsias: n/n pacientes con órgano afectado (%)	
- Pólips nasales	6/6 (100)
- Nervio sural	4/7 (57)
- Cutánea	4/5 (80)
- Cardiaca	2/3 (66)
- Renal	2/2 (100)
Tratamiento con mepolizumab	11
- Tratamiento > 3 meses	10
- Mepolizumab 300 mg inicio	7
- Mepolizumab 100 mg inicio	4
- Aumento dosis	2
- Cambio a benralizumab	1
Rrespuesta a mepolizumab 3º mes (n=10)	
- Retirada total de corticoides e inmunosupresores	3
- Reducción de dosis de corticoides	6

Tabla 1. Comunicación 245.

vasculítica. Recientemente se ha aprobado el mepolizumab como tratamiento adicional para casos recurrentes-refractarios. El objetivo de este estudio es analizar las características demográficas y clínicas de los pacientes con GEPA en el momento de inicio de tratamiento con mepolizumab y la respuesta terapéutica.

Material y métodos: Se revisaron las historias clínicas electrónicas de 12 pacientes con GEPA con recogida de las siguientes variables en el momento del diagnóstico: edad, sexo, tabaquismo, comorbilidades respiratorias (asma, patología ORL, alergia, bronquiectasias), afectación otros órganos, eosinofilia, ANCA, confirmación histológica. Se ha revisado tratamiento y agudizaciones previos al inicio de mepolizumab y a los 3 meses. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22.

Resultados: Todos los pacientes tenían diagnóstico de asma (83% previo) y rinosinusitis crónica y/o poliposis nasal. Las restantes ca-

racterísticas pueden observarse en la tabla 1. Se inició tratamiento con mepolizumab en 11 pacientes; de los cuales continúan 10 pacientes. La dosis media de corticoides sistémicos al inicio era de 15,2 ± 15,9 (2,5-60) y a los 3 meses 5 ± 7,3 (0-25) mg y se logró suspender todos los inmunosupresores en 3 pacientes. En la tabla se resumen las principales características.

Conclusiones: 1. El asma y la rinosinusitis con o sin poliposis nasal están presentes en todos los pacientes de nuestra serie y el diagnóstico de asma ha precedido al de GEPA en el 83% de los casos. 2. La afectación no respiratoria más frecuente es la polineuropatía y manifestaciones cutáneas seguida de la cardiaca siendo excepcional la renal. 3. El tratamiento con mepolizumab ha logrado suspender todos los fármacos inmunosupresores en 3 (30%) y disminuir la dosis de corticoides en 6 (60%).

289. HERRAMIENTAS DE DESARROLLO MULTIDISCIPLINAR PARA UNA MEJOR ATENCIÓN A PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA

Inmaculada Plasencia García, David Díaz Pérez,
Elena Martín Ruiz de la Rosa, José Carlos García Robaina,
Irene de Lorenzo García, Irene Jiménez Ormazábal,
Javier Hernández González y Jenifer González Chávez

*Hospital Universitario Ntra. Sra. Candelaria, Santa Cruz de Tenerife,
España.*

Introducción: La adherencia al tratamiento inhalado en pacientes con asma se estima en un 30%. Por otro lado, cada vez tiene más relevancia el consumo de corticoides sistémicos en la indicación del biológico y en el seguimiento del paciente. Además, diferentes guías recomiendan la creación de unidades multidisciplinares de asma grave. El objetivo ha sido desarrollar herramientas que permitan una mejor atención a nuestros pacientes con asma grave.

Material y métodos: Seleccionar de forma consensuada y multidisciplinar puntos críticos en la atención a nuestros pacientes con asma dentro de la Unidad Multidisciplinaria y desarrollar herramientas que permitan poner solución a los problemas seleccionados; adherencia a inhaladores y conocimientos del paciente, toma de corticoides sistémicos y obtención de resultados en salud con biológicos.

Resultados: Se desarrollaron tres herramientas: 1. Escritorio virtual en entorno digital Symbaloo (fig. 1) con información sobre el asma, vídeos e infografías sobre inhaladores, administración de biológicos, cuestionarios, hojas de información. Este escritorio lo han descargado 38 pacientes desde 2021 tras explicarlo en una visita conjunta Enfermería-Farmacia. 2. Hoja de registro de toma de corticoides sistémicos (fig. 2). Se ha ofrecido previa formación a 20 pacientes; corticodependientes para el registro de dosis extras o aquellos que recibieron al menos 4 ciclos en el año previo al tratamiento biológico. 3. Formulario de seguimiento del paciente con asma grave integrado en el programa de historia clínica electrónica, donde se han incluido parámetros clínicos (exacerbaciones, corticoides, adhe-



Figura 1. Comunicación 289. Escritorio virtual con información al paciente con asma

Calendario 2022											
Datos de contacto Servicio de Farmacia: 9123456789 (correo)											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
1-01-2022	2-01-2022	3-01-2022	4-01-2022	5-01-2022	6-01-2022	7-01-2022	8-01-2022	9-01-2022	10-01-2022	11-01-2022	12-01-2022
13-01-2022	14-01-2022	15-01-2022	16-01-2022	17-01-2022	18-01-2022	19-01-2022	20-01-2022	21-01-2022	22-01-2022	23-01-2022	24-01-2022
25-01-2022	26-01-2022	27-01-2022	28-01-2022	29-01-2022	30-01-2022	31-01-2022	01-02-2022	02-02-2022	03-02-2022	04-02-2022	05-02-2022
06-02-2022	07-02-2022	08-02-2022	09-02-2022	10-02-2022	11-02-2022	12-02-2022	13-02-2022	14-02-2022	15-02-2022	16-02-2022	17-02-2022
18-02-2022	19-02-2022	20-02-2022	21-02-2022	22-02-2022	23-02-2022	24-02-2022	25-02-2022	26-02-2022	27-02-2022	28-02-2022	29-02-2022
01-03-2022	02-03-2022	03-03-2022	04-03-2022	05-03-2022	06-03-2022	07-03-2022	08-03-2022	09-03-2022	10-03-2022	11-03-2022	12-03-2022
13-03-2022	14-03-2022	15-03-2022	16-03-2022	17-03-2022	18-03-2022	19-03-2022	20-03-2022	21-03-2022	22-03-2022	23-03-2022	24-03-2022
25-03-2022	26-03-2022	27-03-2022	28-03-2022	29-03-2022	30-03-2022	31-03-2022	01-04-2022	02-04-2022	03-04-2022	04-04-2022	05-04-2022
06-04-2022	07-04-2022	08-04-2022	09-04-2022	10-04-2022	11-04-2022	12-04-2022	13-04-2022	14-04-2022	15-04-2022	16-04-2022	17-04-2022
18-04-2022	19-04-2022	20-04-2022	21-04-2022	22-04-2022	23-04-2022	24-04-2022	25-04-2022	26-04-2022	27-04-2022	28-04-2022	29-04-2022
30-04-2022	01-05-2022	02-05-2022	03-05-2022	04-05-2022	05-05-2022	06-05-2022	07-05-2022	08-05-2022	09-05-2022	10-05-2022	11-05-2022
12-05-2022	13-05-2022	14-05-2022	15-05-2022	16-05-2022	17-05-2022	18-05-2022	19-05-2022	20-05-2022	21-05-2022	22-05-2022	23-05-2022
24-05-2022	25-05-2022	26-05-2022	27-05-2022	28-05-2022	29-05-2022	30-05-2022	31-05-2022	01-06-2022	02-06-2022	03-06-2022	04-06-2022
05-06-2022	06-06-2022	07-06-2022	08-06-2022	09-06-2022	10-06-2022	11-06-2022	12-06-2022	13-06-2022	14-06-2022	15-06-2022	16-06-2022
17-06-2022	18-06-2022	19-06-2022	20-06-2022	21-06-2022	22-06-2022	23-06-2022	24-06-2022	25-06-2022	26-06-2022	27-06-2022	28-06-2022
29-06-2022	30-06-2022	01-07-2022	02-07-2022	03-07-2022	04-07-2022	05-07-2022	06-07-2022	07-07-2022	08-07-2022	09-07-2022	10-07-2022
11-07-2022	12-07-2022	13-07-2022	14-07-2022	15-07-2022	16-07-2022	17-07-2022	18-07-2022	19-07-2022	20-07-2022	21-07-2022	22-07-2022
23-07-2022	24-07-2022	25-07-2022	26-07-2022	27-07-2022	28-07-2022	29-07-2022	30-07-2022	31-07-2022	01-08-2022	02-08-2022	03-08-2022
04-08-2022	05-08-2022	06-08-2022	07-08-2022	08-08-2022	09-08-2022	10-08-2022	11-08-2022	12-08-2022	13-08-2022	14-08-2022	15-08-2022
16-08-2022	17-08-2022	18-08-2022	19-08-2022	20-08-2022	21-08-2022	22-08-2022	23-08-2022	24-08-2022	25-08-2022	26-08-2022	27-08-2022
28-08-2022	29-08-2022	30-08-2022	31-08-2022	01-09-2022	02-09-2022	03-09-2022	04-09-2022	05-09-2022	06-09-2022	07-09-2022	08-09-2022
09-09-2022	10-09-2022	11-09-2022	12-09-2022	13-09-2022	14-09-2022	15-09-2022	16-09-2022	17-09-2022	18-09-2022	19-09-2022	20-09-2022
21-09-2022	22-09-2022	23-09-2022	24-09-2022	25-09-2022	26-09-2022	27-09-2022	28-09-2022	29-09-2022	30-09-2022	01-10-2022	02-10-2022
03-10-2022	04-10-2022	05-10-2022	06-10-2022	07-10-2022	08-10-2022	09-10-2022	10-10-2022	11-10-2022	12-10-2022	13-10-2022	14-10-2022
15-10-2022	16-10-2022	17-10-2022	18-10-2022	19-10-2022	20-10-2022	21-10-2022	22-10-2022	23-10-2022	24-10-2022	25-10-2022	26-10-2022
27-10-2022	28-10-2022	29-10-2022	30-10-2022	31-10-2022	01-11-2022	02-11-2022	03-11-2022	04-11-2022	05-11-2022	06-11-2022	07-11-2022
08-11-2022	09-11-2022	10-11-2022	11-11-2022	12-11-2022	13-11-2022	14-11-2022	15-11-2022	16-11-2022	17-11-2022	18-11-2022	19-11-2022
20-11-2022	21-11-2022	22-11-2022	23-11-2022	24-11-2022	25-11-2022	26-11-2022	27-11-2022	28-11-2022	29-11-2022	30-11-2022	01-12-2022
02-12-2022	03-12-2022	04-12-2022	05-12-2022	06-12-2022	07-12-2022	08-12-2022	09-12-2022	10-12-2022	11-12-2022	12-12-2022	13-12-2022
14-12-2022	15-12-2022	16-12-2022	17-12-2022	18-12-2022	19-12-2022	20-12-2022	21-12-2022	22-12-2022	23-12-2022	24-12-2022	25-12-2022
26-12-2022	27-12-2022	28-12-2022	29-12-2022	30-12-2022	31-12-2022	01-01-2023	02-01-2023	03-01-2023	04-01-2023	05-01-2023	06-01-2023

Figura 2. Comunicación 289. Hoja de registro de corticoides

rencia según e-Receta, tratamiento farmacológico, comorbilidades, eventos adversos), analíticos (eosinófilos, IgE, FeNO), cuestionarios (TAI12, ACT, Mini-AQLQ, SNOT22, Báez-Saldaña), función pulmonar (espirometría/oscilometría) así como del seguimiento del paciente, de forma que tanto neumólogos/alergólogos, enfermeros y farmacéuticos registran su actividad en el formulario, facilitando la comunicación entre profesionales y aumentando la información disponible sobre el paciente. Este formulario se utiliza actualmente en el 100% de los pacientes en tratamiento biológico.

Conclusiones: El desarrollo de estas herramientas han permitido: a) un soporte más completo para la educación al paciente con asma; b) mayor calidad de la información, ya que ha sido consensuada por diferentes profesionales; c) un registro más homogéneo facilitando la obtención de datos sobre resultados en salud.

530. IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA DEL ÁREA SANITARIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

David Espejo Castellanos¹, María Florencia Pilia¹, Christian Romero Mesones¹, David Soler Segovia¹, Iñigo Ojanguren Arranz¹, Olga Luengo Sánchez², María Jesús Cruz Carmona¹ y Xavier Muñoz Gall¹

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España. ²Servicio de Alergología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Introducción: En el asma bronquial, el control de la enfermedad es esencial ya que está directamente relacionado con el pronóstico y la calidad de vida. La detección de pacientes con asma mal controlada permitiría alcanzar un mejor control, disminuir las agudizaciones, la necesidad de atención hospitalaria, y contribuir en un menor consumo de recursos. Los objetivos de este estudio son: detectar los pacientes diagnosticados de asma en nuestra área sanitaria que tienen un mal control de su enfermedad y proponer un programa de cribado y derivación.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de los pacientes con asma grave atendidos en urgencias de un hospital de

tercer nivel tras una agudización asmática entre los años 2018-2020 y que aceptaron entrar en el estudio. Se excluyeron los pacientes ya seguidos en la unidad de asma grave, los que no pertenecían al área sanitaria correspondiente y los que habían fallecido. Se les realizó una primera visita telefónica donde se realizó interrogatorio clínico, los cuestionarios de control del asma (ACT) y test de adherencia a inhaladores (TAI). En una segunda ocasión, de manera presencial se repitió el interrogatorio clínico, los cuestionarios y se realizó una espirometría forzada con prueba broncodilatadora y la determinación de la fracción exhalada de óxido nítrico (FENO).

Resultados: Un total de 291 pacientes fueron atendidos en urgencias durante ese periodo; 97 de ellos aceptaron y cumplían los criterios para entrar en el estudio. A 78 pacientes se les pudo realizar la primera visita telefónica; de los cuales 32 presentaban un ACT > 19 y 46 un ACT ≤ 19. En la valoración presencial asistieron 42 y solo 8 pacientes presentaban un ACT > 19 con una función pulmonar media FVC del 98,06% (DE: 25,38), FEV1 84,15 (DE: 24,37) y un FEV1/FVC de 72,04 (DE: 8,68) y un FENO de 64 (DE: 7,06). Los 34 restantes presentaban un ACT ≤ 19 con una función pulmonar media FVC del 102,75% (DE: 20,59), FEV1 89,6 (DE: 16,24) y un FEV1/FVC de 75,1 (DE: 7,53) y un FENO de 42,18 (DE: 5,58).

Conclusiones: Un considerable número de pacientes con asma grave no controlada no reciben la atención especializada que les corresponde. La detección de estos pacientes podría contribuir a un mejor control global de la enfermedad.

663. IMPACTO DE DUPILUMAB EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIÓN PULMONAR DE PACIENTES CON ASOCIACIÓN DE ASMA GRAVE Y RINOSINUSITIS CRÓNICA CON PÓLIPOS NASALES

Jennifer López Martínez, Rubén Andújar Espinosa, Laura Fernández Mula, Marina Fernández Granja, Elena Martínez Orenes, Sheyla Yolany Ruiz Martínez, Elena Solana Martínez, Mario Vicente Aparicio, Herminia Lisbeth Buchelli Ramírez, Jose Antonio Ros Lucas, Beatriz Fernández Suárez y Francisco José Ruiz Martínez

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

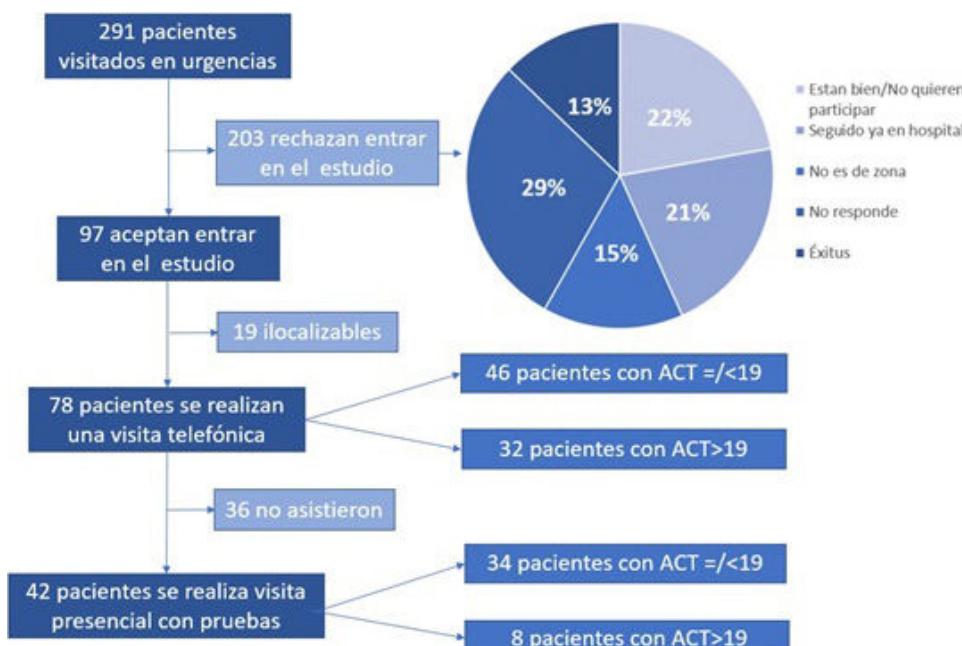


Figura 1. Comunicación 530. Diagrama de flujo sobre los resultados.

Introducción: El dupilumab es un anticuerpo monoclonal recombinante de la IgG4 que inhibe la señalización de IL-4 e IL-13, principales mediadores de la inflamación tipo 2, implicada tanto en el asma eosinofílica como en la rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RSCcPN). El objetivo del presente estudio es evaluar la efectividad de dupilumab en la mejora de la calidad de vida y función pulmonar de pacientes con ambas patologías.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo observacional prospectivo en una cohorte de 5 pacientes con asma grave y RSCcPN, seguidos en la Unidad de asma grave del Hospital Virgen de la Arrixaca, en los que se inició dupilumab por mal control clínico de la enfermedad. Fueron seguidos durante un total de 12 semanas.

Resultados: Muestra de 5 pacientes, con edad media de 56,4 ± 11,1 años, de predominio masculino (60%). 2 pacientes (40%) eran exfumadores y el resto no fumadores (60%). La mediana de eosinófilos séricos era de 720 (535-1.075) cél/ml. Previo al inicio de dupilumab, la mediana de la dosis de corticoides sistémicos era de 10 mg/d, siendo 2 corticodependientes. La mediana de la puntuación del cuestionario SNOT-22 era 69 (51-86) y 3 (1,5-3) puntos en el score Meltzer. En cuanto al control del asma, se cuantificó una mediana del ACT de 11 (10-13) y 3,5 (2,9-4,1) en el mini-AQLQ. Respecto a las pruebas de función respiratoria (PFR), la mediana de la FEV1 fue del 79% (62-90), FVC 96% (92-98,5) y FEV1/FVC 65 (50,5-68,5), con una FENO de 42 (36-89) ppb. Tras 12 semanas de tratamiento con Dupilumab, se objetivó una mejoría estadísticamente significativa ($p < 0,04$) en la puntuación de los cuestionarios de calidad de vida, SNOT-22 21 (19-22,5) y Mini-AQLQ 3,5 (2,9-4,1) puntos. Así como, una mejoría clínica significativa con mediana de 21 puntos (19-22,5) en el ACT y una reducción del tamaño de los pólipos (score Meltzer de 0). La necesidad de corticoides sistémicos se redujo a 0, el número de eosinófilos descendió a 650 (400-1360) y la FENO mejoró (31 (28-42,5)). Las PFR presentaron mejoría tras 3 meses de tratamiento con dupilumab con una FEV1 92% (84,5-102,5), FVC 114% (107-116) y una relación FEV1/FVC 73 (63-79), todas con una $p < 0,04$.

Conclusiones: El dupilumab mejoró el control del asma, la calidad de vida y la función pulmonar. Además, permitió la reducción de corticoides sistémicos en nuestros pacientes con asma grave no controlada con poliposis nasal como comorbilidad en las primeras 12 semanas.

222. IMPACTO DE LA FUNCIÓN PULMONAR BASAL EN LA EFICACIA DE MEPOLIZUMAB EN ASMA GRAVE NO CONTROLADA

Francisco-Javier González Barcala¹, Marina Blanco Aparicio², Juan-José Nieto Fontarigo¹, Nagore Blanco Cid³, Coral González Fernández⁴, Mar Mosteiro Añón⁵, Uxío Calvo Álvarez⁶, Luis Pérez de-Llano³, María-Dolores Corbacho Abelaira⁷, Luis Domínguez Juncal⁸, Carlos Crespo Díz⁹, Raquel Dascal Quintas⁴, Abel Pallarés Sanmartín⁹, David Dascal Rivas³, Narmeen Mallah¹⁰ y Francisco-Javier Salgado Castro¹

¹Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. ²Hospital Universitario de A Coruña, A Coruña, España.

³Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España. ⁴Hospital Universitario de Ourense, Ourense, España. ⁵Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, España. ⁶Hospital Universitario de O Ferrol, O Ferrol, España. ⁷Hospital Povisa, Vigo, España. ⁸Hospital Universitario de A Coruña, A Coruña, España. ⁹Hospital Universitario de Pontevedra, Pontevedra, España. ¹⁰Genetics, Vaccines and Pediatric Infectious Diseases Research Group (GENVIP), Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela; Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBER-ES), Madrid, España.

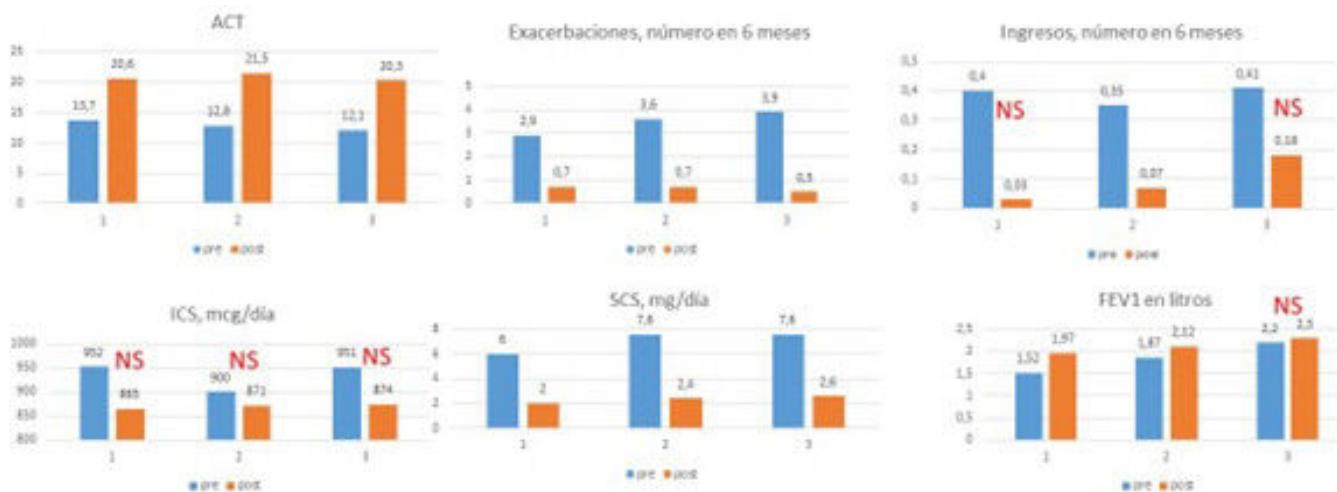
Introducción: El mepolizumab ha demostrado su eficacia en el tratamiento de pacientes con asma grave eosinofílica no controlada (AGNC). Sin embargo, algunos pacientes no responden de forma adecuada sin que se conozcan claramente los factores predictores de esta falta de respuesta. El objetivo de nuestro estudio es evaluar el impacto de la función pulmonar basal en la respuesta al tratamiento con mepolizumab en pacientes con AGNC.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, multicéntrico, incluyendo a todos los pacientes adultos con AGNC, en los cuales se inició tratamiento con mepolizumab antes del mes de junio de 2020, que habían recibido al menos una dosis del fármaco, con un seguimiento tras el inicio del tratamiento de al menos 6 meses. Participaron 8 hospitales de Galicia. Se evaluó cambio en el control del asma mediante el cuestionario ACT, número de exacerbaciones, número de ingresos hospitalarios, dosis diaria de corticoides inhalados (ICS) y sistémicos (SCS) durante el período de estudio y cambio en el FEV1. Se establecieron 3 grupos de análisis en base al FEV1 basal prebron-

	FEV1<60%	FEV1 ≥60% a <80%	FEV1≥80%	p
Número de casos	31	45	45	
Edad media, años (SD)	54 (14)	59 (14)	61 (10)	NS
Mujeres, n (%)	21 (68)	33 (73)	34 (76)	NS
Nunca fumadores, n (%)	22 (71)	32 (73)	43 (89)	0,03
Alergia, n (%)	19 (61)	17 (38)	21 (47)	NS
Rinitis, n (%)	17 (55)	27 (60)	32 (71)	NS
FeNO, ppb	33 (30)	45 (46)	46 (32)	NS
IMC, kg/m ²	30 (5)	28 (6)	30 (5)	NS
Eosinófilos, cel/μL	470 (273)	731 (449)	715 (489)	0,02

IMC: índice de masa corporal; n: número de casos

Tabla 1. Comunicación 222. Características basales de los pacientes en función del FEV1



ICS: corticoides inhalados; SCS: corticoides sistémicos; mcg: microgramos; mg: miligramos

Diferencias no significativas (NS). Resto de diferencias son significativas

Figura 1. Comunicación 222.

codilatador de los pacientes, menor del 60% del valor de referencia, entre el 60% y el 80%, mayor o igual al 80%.

Resultados: Fueron incluidos 122 pacientes, el 73% mujeres, con una edad media de 58 años (tabla). En los 3 grupos estudiados se observó aumento del ACT y del FEV1, así como disminución en el número de exacerbaciones, número de ingresos, dosis media diaria de OCS y de ICS (fig.). Estos cambios fueron significativos en todos los parámetros excepto para ingresos y dosis de ICS en el grupo con FEV1 < 60%; dosis de ICS en los pacientes con FEV1 de 60% a 80%; dosis de ICS, ingresos y FEV1 en el grupo con FEV1 ≥ 80%.

Conclusiones: La función pulmonar basal no parece condicionar diferencias significativas en la eficacia del mepolizumab en pacientes con AGNC.

214. IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LA PREVALENCIA DE RINITIS

Antonio Acevedo Prado¹, María-Teresa Seoane Pillado², Ángel López-Silvarrey Varela³, Sonia Pértiga Díaz⁴, Francisco-Javier Salgado Castro⁵, Juan José Nieto Fontarigo⁵, Luis Bamonde Rodríguez⁶, Luciano Garnelo Suárez⁶, Teresa Pérez Castro⁷, Manuel Sampedro Campos⁶, Juan Sánchez Lastres⁶, Miguel-Ángel San-José González⁶ y Francisco-Javier González Barcalá⁸

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, Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España. ⁵Departamento de Bioquímica y Biología Molecular-Centro de Investigaciones Biológicas (CIBUS)-Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. ⁶Pediatria-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. ⁸Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Introducción: La obesidad ha sido relacionada con mayor prevalencia y gravedad de asma. Sin embargo, el posible impacto en la rinitis ha sido menos estudiado y esta posible relación permanece en debate. El objetivo de nuestro estudio es evaluar el impacto en la obesidad en la prevalencia de rinitis.

Material y métodos: Realizamos un estudio transversal en niños y adolescentes de Galicia utilizando los cuestionarios del estudio ISAAC. La selección de los niños y adolescentes participantes en el estudio se realizó de forma aleatoria, mediante muestreo polietápico, siendo la primera unidad de muestreo los municipios de Galicia y la segunda unidad los colegios de los municipios seleccionados. En el grupo de 6-7 años de edad respondieron los padres de los niños, y en el de 13-14 años responde el propio niño. Se definió obesidad en 3 categorías: normopeso, sobre peso y obesidad en función del índice de masa corporal en base a los criterios de la Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=%E2%Fm2\)-Adults,than%20or%20equal%20to%2030](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=%E2%Fm2)-Adults,than%20or%20equal%20to%2030)). 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 rinitis en función de la prevalencia de obesidad, ajustado por sexo, tabaquismo parental y nivel de educación materna.

Resultados: Se obtuvieron 10.690 cuestionarios válidos en el grupo de 6-7 años (tasa de respuesta 72,4%) y 10730 en el grupo de 13-14 años (tasa de respuesta 84,4%). La prevalencia de rinitis se muestra en la tabla 1. En el grupo de 6-7 años no se ha observado ningún efecto significativo de la obesidad sobre la prevalencia de rinitis. En los adolescentes la obesidad parece asociarse con mayor incidencia de rinitis, especialmente con las formas más graves.

Conclusiones: La obesidad parece asociarse con la incidencia de rinitis en adolescentes, sin observarse ningún efecto en niños.

		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
Normopeso		5261	67	7421	82,3
Sobrepeso		1834	23,4	1396	15,5
Obesidad		752	9,6	197	2,2

N: número de casos

Tabla 1. Comunicación 214. Prevalencia de síntomas de rinitis y de obesidad.

	Rinitis alguna vez	Rinitis reciente	Rinoconjuntivitis reciente	Rinoconjuntivitis grave
6-7 años				
Normopeso	1	1	1	1
Sobrepeso	1,009 (0,895-1,139)	1,053 (0,926-1,196)	0,859 (0,719-1,026)	0,525 (0,063-4,379)
Obesidad	1,066 (0,897-1,267)	1,137 (0,948-1,364)	1,041 (0,818-1,325)	1,272 (0,150-10,760)
13-14 años				
Normopeso	1	1	1	1
Sobrepeso	1,150 (1,020-1,298)	1,066 (0,941-1,209)	0,966 (0,820-1,138)	1,313 (2,268-6,434)
Obesidad	0,787 (0,579-1,070)	0,813 (0,586-1,128)	0,737 (0,468-1,160)	9,466 (1,840-48,685)

Tabla 2. Comunicación 214. Odds Ratio de prevalencia (intervalo de confianza al 95%) de síntomas de rinitis en función de la obesidad, ajustado por sexo, tabaquismo parental y nivel de educación materna.

109. IMPACTO DE OMAILIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA Y POSIBLES BIOMARCADORES PREDICTORES DE RESPUESTA: ESTUDIO EN VIDA REAL

Susana Rojo Tolosa¹, José Antonio Sánchez Martínez¹, María Victoria González Gutiérrez¹, Alberto Jiménez Morales² y Concepción Morales García¹

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

Introducción: El asma es una enfermedad respiratoria crónica con una alta incidencia a nivel mundial. La mayoría de los pacientes con asma pueden controlar sus síntomas mediante un estándar básico de atención médica y fármacos de mantenimiento y rescate. Sin embargo, entre el 5 y el 10% de los asmáticos a nivel mundial no

consiguen un control de los síntomas, presentando exacerbaciones de forma recurrente y dificultades respiratorias. El objetivo del estudio fue evaluar en vida real la mejora clínica de pacientes con asma eosinofílica grave tratados con omalizumab, junto con la búsqueda de biomarcadores asociados a la respuesta.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo observacional que incluyó a los pacientes con asma eosinofílica grave no controlada de un hospital de tercer nivel en tratamiento con terapias biológicas. Se evaluaron tres tipos de respuesta: descenso del uso de corticoides orales, mejora de la función pulmonar y reducción de exacerbaciones.

Resultados: Se incluyó un total de 110 pacientes en tratamiento con omalizumab con una media de edad de 48 ± 16 años. Trascurridos los 12 meses de evaluación del tratamiento se encontraron reducciones significativas en el número de exacerbaciones, en el uso de corticoides orales y las dosis de corticoides inhalados ($p < 0,001$). La función pulmonar mejoró con aumentos significativos del porcen-

taje de FEV1 ($p < 0,001$), los niveles de eosinófilos se redujeron significativamente ($p = 0,004$) y se consiguió un incremento significativo en el control de asma ($p = 0,004$). Las puntuaciones bajas en el Asthma Control Test se asociaron con el efecto ahorrador de corticoides orales; los niveles de FEV1 previos más bajos y ausencia de EPOC se relacionaron con la mejora de la función pulmonar y valores previos de FEV1 mayores al 80% y ausencia de ERGE con la reducción de exacerbaciones.

Conclusiones: Los resultados de este estudio corroboran el beneficio clínico conseguido tras la instauración de omalizumab y los posibles biomarcadores predictivos de respuesta al tratamiento.

297. IMPACTO EN VIDA REAL DEL USO DE CORTICOIDEOS SISTÉMICOS (CS) EN LA EFECTIVIDAD DE MEPOLIZUMAB

Eva Martínez Moragón¹, Carlos Melero Moreno², Juan Luis García Rivero³, Irina Bobolea⁴, Mariana Muñoz Esquerre⁵, David Bañas Conejero⁶ y Guadalupe Sánchez Herrero⁶

¹Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España. ²Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España. ³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. ⁴Hospital Universitario Clínic, Barcelona, España. ⁵Hospital Universitario Bellvitge, Barcelona, España. ⁶Specialty Care Medical Department, GSK, Madrid, España.

Introducción: Los pacientes con asma grave requieren tratamiento de mantenimiento con altas dosis de corticoides inhalados y, a menudo, corticoides orales para controlar su enfermedad. El uso de estos corticoides sistémicos de mantenimiento (mCS) se ha estudiado como un marcador predictor de mejor respuesta a biológicos en ensayos clínicos.

Material y métodos: REDES fue un estudio español en vida real que evaluó la efectividad y seguridad de mepolizumab 100 mg SC en asma grave eosinofílica (AGE) durante un año. Este análisis post hoc estratificó la población del estudio REDES en función de si los pacientes recibían mCS al inicio del estudio, para analizar su influencia en la efectividad de mepolizumab en estos pacientes.

Resultados: De 318 pacientes incluidos en el estudio REDES, 98 necesitaban mCS al inicio del estudio (30,82%). No hubo diferencias en cuanto a la edad en pacientes con mCS frente a pacientes sin mCS, aunque sí se observaron diferencias en la edad de diagnóstico de asma (media de 37,5 vs. 32,5 años). La reducción de exacerbaciones fue de 72,1% ($p < 0,0005$) y 80,5% ($p < 0,0005$) en pacientes con mCS y sin mCS, respectivamente. El 78,3% ($p < 0,0005$) de los pacientes sin mCS alcanzó un ACT ≥ 20 en comparación con el 60% ($p < 0,0005$) de los pacientes con mCS. El FEV1 aumentó en 0,18L ($p = 0,003$) en pacientes con mCS y 0,20L ($p < 0,0005$) en pacientes sin mCS.

Conclusiones: El mepolizumab mejoró de forma significativa la clínica y sintomatología de los pacientes con y sin CS de mantenimiento, aunque a diferencia de los análisis anteriores basados en ensayos clínicos (Bobolea. J Invest Allergol Clin Immunol. 32(2):148-50; Bleeker. Eur Respir J. 52(4):1800936), nuestros resultados en vida real muestran que los pacientes sin mCS podrían tener más posibilidades de conseguir un mejor control de la enfermedad (resultados descriptivos). Estos resultados parecen estar alineados con los análisis recientes que indican que es más probable alcanzar la remisión clínica en pacientes con una forma menos grave o una menor evolución de la enfermedad, sugiriendo una intervención más temprana como estrategia para asegurar en mayor medida el control, o incluso la remisión clínica del asma grave.

Financiación: GSK (GSK ID 213172).

624. INFLUENCIA DE LA FUNCIÓN PULMONAR Y DE LA AFECTACIÓN DE LA VÍA AÉREA FINA EN EL CONTROL DE LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS

Sara González Gutiérrez, Javier Romero López, Bárbara Gracia Hernández, Alberto González Hernández, Carla Romero Sayago y Carolina Puchades Manchón

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

Introducción: El diagnóstico de asma bronquial requiere clínica concordante y al menos un dato objetivo: prueba broncodilatadora (PBD) +, variabilidad en el peak flow, FENOx > 40 ppm o metacolina +, en algún momento de la enfermedad. Puede existir cierta discordancia entre la función pulmonar y la clínica de los pacientes con asma grave de control difícil (AGCD). Objetivos: analizar la función pulmonar y el papel de la vía fina en los pacientes con AGCD y su variación tras el inicio del tratamiento biológico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de análisis de la función pulmonar, medida mediante espirometrías basales y a los 12 meses del inicio del tratamiento biológico (omalizumab, benralizumab, mepolizumab y dupilumab) en pacientes con AGCD en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva. Se seleccionaron las espirometrías casi normales (normal o con obstrucción leve), con PBD negativa y mejora del MMEF > 15% tras broncodilatador para conocer el papel de la vía fina en esta cohorte de pacientes.

Resultados: Al revisar las espirometrías en los 94 pacientes con AGCD en tratamiento con biológicos, hemos encontrado previo al inicio del fármaco espirometrías normales en el 44,7% de los pacientes, obstrucción ligera en el 8,5%, obstrucción moderada en el 31,9%, obstrucción grave en el 6,4%, obstrucción muy grave en el 2,1% y un patrón

	Sin mCS		Con mCS	
	Inicio	12 meses	Inicio	12 meses
Edad, media (DE)	56,42 (12,12)	-	56,86 (13,36)	-
Edad de diagnóstico asma, media (DE)	32,55 (18,03)	-	37,52 (17,21)	-
Nº de exacerbaciones	4,43 (3,32)	0,86 (1,33)	4,58 (3,92)	1,32 (1,62)
Eosinófilos (células/ μ L), media (DE)	733,24 (764,82)	103,77 (253,59)	657,84 (983,19)	85,59 (189,15)
ACT, media (DE)	14,42 (4,81)	21,21 (3,61)	13,28 (5,45)	19,96 (4,28)
ACT, mediana (DE)	15,00	22,00	13,00	21,00
FEV1 pre-BD (L), media (DE)	1,92 (0,75)	2,11 (0,74)	1,81 (0,79)	1,99 (0,81)
FEV1 pre-BD (%), media (DE)	71,44 (22,23)	82,56 (20,99)	67,09 (22,15)	75,69 (22,65)
Eosinófilos en sangre (células/ μ L), media (DE)	733,24 (764,82)	103,77 (253,59)	657,84 (983,19)	85,59 (189,15)

Tabla 1. Comunicación 297. Evolución de pacientes en función de mCS.

Patrón espirométrico	Previo a tratamiento biológico (% pacientes)	Tras 12 meses de tratamiento biológico (% pacientes)
Normal	44,7	60,9
Obstrucción ligera	8,5	9,2
Obstrucción moderada	31,9	19,5
Obstrucción severa	6,4	6,9
Obstrucción muy severa	2,1	0
Patrón mixto	6,4	3,4

Tabla 1. Comunicación 624. Patrón espirométrico previo al inicio del fármaco biológico y a los 12 meses de tratamiento.

mixto en el 6,4%. La evolución espirométrica tras 12 meses de tratamiento con biológicos puso de manifiesto un 60,9% de espirometrías normales, un 9,2% con obstrucción ligera, un 19,5% con obstrucción moderada, un 6,9% con obstrucción severa, un 0% con obstrucción muy grave y un 3,4% con patrón mixto (tabla). Encontramos un 62,5% de pacientes con espirometría casi normal (normal u obstrucción ligera) con mejoría del MMEF > 15% tras la broncodilatación previo al inicio de biológico frente a un 47,4% tras 12 meses de tratamiento.

Conclusiones: 1. El 62,5% de los pacientes con AGCD que presentan previo al inicio del fármaco biológico una espirometría casi normal (normal u obstrucción ligera) tienen alteración de la vía fina, que podría ser responsable del mal control del asma en estos pacientes. 2. Hasta un 70,1% tras 12 meses de tratamiento presentan espirometría casi normal.

110. LA VARIANTE GENÉTICA PI*Z PODRÍA CONSTITUIR UN BIOMARCADOR Y DIANA TERAPÉUTICA POTENCIAL PARA LAS EXACERBACIONES DEL ASMA

Elena Martín González¹, José M. Hernández Pérez², José A. Pérez Pérez¹, Javier Pérez García¹, Esther Herrera Luis¹, Ruperto González Pérez³, Orelvis González González⁴, Elena Mederos Luis³, Inmaculada Sánchez Machín³, Paloma Poza Guedes³, Olaia Sardón Prado⁵, Paula Corcuera Elosegui⁵, José M. Olaguibel Rivera⁶, Santiago Quirce Gancedo⁷, Joaquín Sastre Domínguez⁸, Javier Korta Murua⁵, MEGA Study Collaborators⁹, Victoria del Pozo¹⁰, Fabián Lorenzo Díaz¹, Jesús Villar Hernández¹¹, María Pino Yanes¹ y Mario A. González Carracedo¹

¹Grupo de Genómica y Salud, Departamento de Bioquímica, Microbiología, Biología Celular y Genética, Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna, Tenerife, España. ²Servicio de Neumología, Hospital Universitario de La Palma, Breña Alta, Santa Cruz de Tenerife, España. ³Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Tenerife, España. ⁴Hospital Universitario de La Palma, Breña Alta, Santa Cruz de Tenerife, España. ⁵División de Medicina Respiratoria Pediátrica, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, España. ⁶Servicio de Alergia, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España. ⁷Departamento de Alergia, Hospital Universitario La Paz, IdiPAZ, Madrid, España. ⁸Departamento de Alergia, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. ⁹Hospital Vall d'Hebron, Hospital Germans Trias i Pujol, Universitat de Barcelona, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Hospital Clínic, Barcelona, España. ¹⁰Departamento de Inmunología, Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. ¹¹Red Multidisciplinar de Investigación en Evaluación de la Disfunción de Órganos (MODERN), Unidad de Investigación, Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Introducción: Los pacientes con asma pueden experimentar brotes episódicos, conocidos como exacerbaciones, que pueden afectar considerablemente a su calidad de vida. Las variantes deficitarias Pi*S

y Pi*Z del gen SERPINA1, que caracterizan la deficiencia de alfa-1 antitripsina (AAT), se han asociado previamente con el asma. Sin embargo, su posible asociación con las exacerbaciones del asma aún no ha sido estudiado. Por ello, el objetivo de este trabajo consistió en evaluar si las variantes Pi*S y Pi*Z del gen SERPINA1 y los niveles reducidos de AAT en suero se asocian con las exacerbaciones del asma.

Material y métodos: En la fase de descubrimiento, se analizaron las variantes genéticas Pi*S y Pi*Z así como los genotipos clásicos del gen SERPINA1 y los niveles de AAT en suero en 369 individuos de La Palma. En la fase de replicación, se analizaron datos genómicos de 521 españoles (163 de ellos con dos generaciones de ancestros canarios), así como datos disponibles públicamente de múltiples poblaciones europeas a través de la base de datos Open Targets Genetics. La asociación de las variantes Pi*S y Pi*Z del gen SERPINA1 y la deficiencia de AAT (niveles de AAT < 80 mg/dl) con las exacerbaciones del asma se analizó mediante modelos de regresión logística, incluyendo como covariables la edad, el sexo y el número de componentes principales que resumían la mayor variabilidad genética.

Resultados: En la fase de descubrimiento, se encontró una asociación significativa con las exacerbaciones del asma tanto para la variante Pi*S (odds ratio (OR) = 1,23; $p = 9,4 \times 10^{-4}$) como para la variante Pi*Z (OR = 1,35; $p = 0,019$), mostrando un efecto más fuerte en el genotipo Pi*SZ (OR = 1,99; $p = 5,1 \times 10^{-4}$). Asimismo, la deficiencia de AAT se asoció con un mayor riesgo de exacerbaciones (OR = 1,46; $p = 0,003$). La asociación de Pi*Z con las exacerbaciones se validó en individuos de ascendencia canaria ($p < 0,025$), y se encontró una asociación significativa con las hospitalizaciones por asma en la población finlandesa (OR = 1,12; $p = 0,007$).

Conclusiones: La variante genética Pi*Z del gen SERPINA1 se asocia con las exacerbaciones del asma en la población canaria y finlandesa, por lo que podría constituir una diana terapéutica potencial para el tratamiento de las exacerbaciones en ciertas poblaciones.

Financiación: Proyecto PID2020-116274RB-I00 financiado por MCIN/AEI/10,13039/501100011033 y Beca 1264-2022 financiada por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

254. MODIFICACIONES DE LA VÍA AÉREA PEQUEÑA MEDIDA CON OSCILOMETRÍA DE IMPULSO EN ASMÁTICOS GRAVES TRATADOS CON BENRALIZUMAB

Andrés Fernando Sánchez Vera, Cristina de Juana Izquierdo, Alberto Herrejón Silvestre, Elisa Lillo González, Vicente Abella Sanchis, Eva María Abril Ródenas, Alejandro Josue Álvarez Brito y Eva Martínez Moragon Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

Introducción: El compromiso de la vía aérea pequeña en pacientes asmáticos graves presenta un interés creciente y podría ser de utilidad en la evaluación de la respuesta a los biológicos. Objetivo: analizar la vía aérea pequeña en pacientes asmáticos graves no controlados que van a iniciar terapia con antiIL5 receptor y evaluar sus modificaciones con el tratamiento.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y prospectivo de los pacientes que inician tratamiento con benralizumab en nuestra unidad de asma desde julio 2021 con un seguimiento mínimo de 6 meses. Todos los pacientes mantenían un tratamiento con GCI a dosis altas/LABA/LAMA que no se ha modificado con la adición de benralizumab. Al inicio del biológico se realiza FENO, espirometría, oscilometría de impulso, eosinofilia en sangre y cuestionarios de ACT, miniAQLQ y EQ5D. Los mismos procedimientos se repiten a los 6 meses. Se utilizó t de Student para muestras relacionadas. Nivel de significación p < 0,05. Estudio financiado en parte con beca FNCV 2021.

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes. 59% mujeres, edad media 62+11 años. 33% de los pacientes asociaban poliposis nasal. FEV1 (% predictivo): $76\% \pm 18$; MMEF (% predictivo): $39,50\% \pm 25,52$; FENO: 55 ± 30 ppb. Eosinófilos 591 ± 277 cel/ μ L. La oscilometría de impulso mostró que la media de resistencia total (proximal y periférica) de las vías respiratorias (R5) disminuyó a los 6 meses de tratamiento (de 5,15 a 4,22 kPa/l/s; p = 0,021), así como la de las resistencias periféricas (de 1,34 a 0,89 kPa/l/s; p = 0,047), el área de reactancia (de 38,68 a 21,08 kPa/l; p = 0,060) y la frecuencia de resonancia (23,50 a 18,66 kPa/l/s; p = 0,011). Hubo también una mejoría significativa en la eosinofilia periférica, el FeNO, el FEV1, el MMEF, el control del asma y la escala EVAS de salud global, junto a reducción de exacerbaciones (tabla).

	Al inicio	Tras 6 meses de Benralizumab	P
ACT	14±5	19±4	0,002
FEV1 (ml)	1947±847	2209±965	<0,001
MMEF (ml)	1314±994	1818±1400	0,008
FENO (ppb)	55±30	37±20	0,012
Eosinófilos (10^6 /L)	591±277	33±115	<0,001
R5 (kPa/l/s)	5,15±1,8	4,22±1,61	0,021
R5 R20 (kPa/l/s)	1,34±1,19	0,89±1,18	0,047
AX (área de reactancia) (kPa/l)	38,68 ± 42,66	21,08 ± 28,69	0,06
Fres (kPa/l/s)	23,50 ± 10,74	18,66 ± 9,41	0,011
Exacerbaciones año previo (N.º)	2,25 ± 1,54	0,08 ± 0,29	<0,001
MiniAQLQ	4,2±1	5,3±1	0,057
Escala EVAS salud (0-100)	53±19	72±15	0,009

Tabla 1. Comunicación 254. Modificación de las variables analizadas previo al inicio y a los 6 meses del inicio de benralizumab.

Conclusiones: En nuestra serie hemos apreciado que la adición de benralizumab al tratamiento produce a los 6 meses una mejoría de la función de las vías respiratorias pequeñas medida por oscilometría de impulso, de forma análoga a la mejoría apreciada en las variables que habitualmente se emplean para medir la respuesta a los biológicos.

401. NUESTRA EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE ASMA GRAVE DE RECENTE CREACIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL

María Morales González, Angella Mercedes Burgos Pimentel, Belén Herrero González, Maja Cristina Yanlli Bonduki y Ana Gloria Badillo Melgar

Hospital Punta Europa, Algeciras, España.

Introducción: No hay duda de la necesidad de seguimiento en asma bronquial, sobre todo aquellos pacientes con terapia biológica por su mayor nivel de gravedad. Nuestro objetivo es conocer las características de nuestros pacientes con asma grave tras seguimiento en una consulta específica.

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes en seguimiento en consulta de asma grave en tratamiento con biológico.

Resultados: Se han revisado un total de 55 pacientes siendo en su mayoría mujeres (67,3%) con una edad media de 61,56 años, inicio de los síntomas en edad adulta (74,5%) y sobrepeso (38,2%). El 59,3% nunca había fumado y el 35,2% era exfumador. Las comorbilidades más frecuentes son alergia (54,5%), rinosinusitis y/o pólipos nasales (50,9%) y reflujo gastroesofágico (21,8%). Otras como osteoporosis (5,5%), ansiedad y/o depresión (12,7%), fibromialgia (3,6%), bronquiectasias (9,1%) y apnea del sueño (13%) son menos frecuentes. Del total de pacientes, 41 (74,5%) estaban en tratamiento con algún biológico previo al inicio de la consulta, con 48,88 meses de media desde el inicio del mismo. En 14 (25,5%) pacientes se inició tratamiento con algún biológico. Un 40% está en tratamiento con omalizumab, un 38,2% con mepolizumab, un 16,4% con benralizumab y un 5,5% con dupilumab. A todos los pacientes se les realizó espirometría y analítica en la primera visita con una media de FEV1(mL) de 2.075,58 mL, media de FEV1(%) de 84,56%, valor medio de eosinófilos en sangre de 326 y un valor medio de IgE de 254,8. En 47 (85,5%) pacientes se comprobó una adecuada adhesión al tratamiento mediante la entrevista clínica (60%), cuestionario TAI (38,2%) y retirada de tratamiento en receta electrónica (1,8%). El 90,9% estaba en tratamiento con dosis altas o medias de corticoides inhalados y el 10,9% era cortico-dependiente con una dosis media de prednisona al día de 5,9 mg. La media de exacerbaciones en el año previo fue de 1,31 y la media del número de ciclo de corticoides orales en el año previo fue de 1,25. Tras la primera visita se realizó un cambio de biológico en 8 pacientes (14,5%) por falta de respuesta. El tiempo medio hasta la primera revisión fue de 3,6 meses con un cambio de biológico en 3 pacientes (6,4%).

Conclusiones: Las características de nuestros pacientes son similares a otros estudios de pacientes con asma grave en tratamiento con biológicos. La implementación de una consulta específica para el seguimiento de estos pacientes es fundamental para un correcto manejo de esta patología.

286. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS Y RASGOS TRATABLES: TENDENCIAS A LARGO PLAZO EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ASMA GRAVE

Carlos Almonacid Sánchez¹, Borja García-Cosío Piqueras², Andrea Trisán Alonso³, Francisco Javier Callejas González⁴, Carolina Cisneros Serrano⁵, Eva Martínez Moragón⁶, Vicente Plaza Moral⁷, Elisabeth Vera Solano⁸, José Gregorio Soto Campos⁹, Carlos Martínez Rivera¹⁰, Bernardino Alcázar Navarrete¹¹, Isabel Urrutia Landa¹², Juan Luis García Rivero¹³, Alicia Padillo Galo¹⁴, Francisco Javier Álvarez Gutiérrez¹⁵, Jacinto Ramos González¹⁶, María Cloefé Fernández Aracil¹⁷, J. Ángel Carretero Gracia¹⁸, Inmaculada Lluch Tortajada¹⁹, Luis Puente Maestu²⁰, Rubén Andújar Espinosa²¹ y Luis Pérez de Llano²²

¹Hospital Universitario de Toledo, Toledo, España. ²Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España. ³Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España. ⁴Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España. ⁵Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España. ⁶Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España. ⁷Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ⁸Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España. ⁹Hospital de Jerez, Jerez, España. ¹⁰Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España. ¹¹Hospital de Loja, Granada, España. ¹²Hospital de Galdakao, Galdakao, España. ¹³Hospital de Valdecilla, Santander, España. ¹⁴Hospital de Costa del Sol, Marbella, España. ¹⁵Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España. ¹⁶Hospital de Salamanca, Salamanca, España. ¹⁷Hospital General de Alicante, Alicante, España. ¹⁸Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España. ¹⁹Hospital La Ribera, Valencia, España. ²⁰Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. ²¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España. ²²Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.

Introducción: Los datos sobre la prevalencia del asma grave son limitados. Este mal control puede deberse a la heterogeneidad de la enfermedad, y para abordar este problema se propone centrarse en los rasgos tratables. El objetivo de este trabajo es identificar los objetivos terapéuticos (OT) y los rasgos tratables (RT) en una cohorte de pacientes con asma grave (AG), valorar el grado de cumplimiento de estos objetivos a largo plazo y evaluar si los rasgos tratables han sido tratados eficazmente.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional longitudinal prospectivo. La cohorte está compuesta por 179 pacientes con AG, que fueron reclutados en 23 unidades de asma en 2017 (v1) y seguidos hasta 2021 (v2). Se recogieron los datos sociodemográficos, las características clínicas, el test de control del asma (ACT), el test de adherencia a los inhaladores (TAI), los EA durante los 12 meses previos, el consumo de corticoides orales (CO) durante los 12 meses previos, espirometría, PBD, FENO, IgE y eosinófilos en sangre (tres últimas determinaciones en estado estable antes de V1 y valor actual, en V1 y V2).

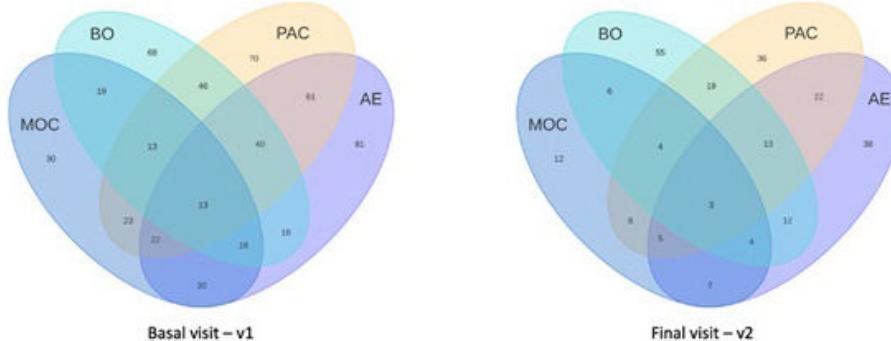
Resultados: Un total de 179 pacientes participaron en la V1, pero solo 128 pacientes completaron la V2. Los pacientes tenían una edad

media (DE) de 59,2 (11,5) años y eran predominantemente mujeres (66,4%). Todos los OT (CO, EA, FEV1 y ACT) mejoraron significativamente de V1 a V2 (fig.). En la v1 solo 1 paciente (0,8%) alcanzó lo que definimos como remisión completa de la enfermedad (sin uso de OC, sin EA, sin obstrucción bronquial y buen control de los síntomas medidos por el ACT) frente a 20 pacientes (15,9%) en la V2. Se registraron menos EA en los últimos 12 meses al comparar V1 y V2. La reducción media de EA fue de -1,7 (2,6) en los últimos 12 meses antes de la V2 ($p < 0,001$), con una media de EA de 0,9 (1,9) en la V2. Esta reducción se mantuvo cuando se analizó por gravedad de los EA, con una reducción media de EA moderados y graves de -1,0 (1,9) y -0,7 (1,6) respectivamente ($p < 0,001$) con una reducción media de -1,0 (1,9) y -0,7 (1,6) en los EA moderados y graves, respectivamente ($p < 0,001$) (tabla).

Conclusiones: Concluimos que el seguimiento de los pacientes con asma grave no controlada en las unidades de asma grave ha servido para conseguir OTs y tratar RTs en un alto porcentaje de pacientes. Solo un pequeño porcentaje de pacientes ha logrado la remisión de la enfermedad, lo que requiere más investigación.

Esta investigación ha contado con el apoyo de AstraZeneca Farmacéutica España, S.A.

Diagrama de Venn proporcional para los objetivos terapéuticos en la visita basal (v1) y en la visita final (v2).



BO: Obstrucción bronquial (FEV1/FVC < 0,7).

AE: Exacerbación del asma.

PAC: Mal control del asma (TCA < 20).

MOC: Corticoides orales de mantenimiento.

VARIABLE	V1		V2		p
	N	%	N	%	
MOC+BO	22	17.7	8	6.5	0,014
MOC+PAC	29	22.7	10	7.8	0.031
MOC+BO+PAC	16	12.8	5	4	0.001
MOC+BO+PAC+AE	16	12.7	4	3.1	0.023
MOC+BO+AE	23	18.3	5	4	0,199
MOC+AE+PAC	28	21.9	7	5.5	0.020
MOC+AE	38	29.7	9	7	0.078
BO+AE+PAC	50	39.7	16	12.7	0.011
BO+PAC	57	46.3	24	19.5	0.002
BO+AE	20	15.6	16	12.5	0.713
PAC+AE	78	60.9	28	21.9	0.009

Figura 1. Comunicación 286.

N-128	v1 (n)	v1 (%)	v2 (n)	v2 (%)	Evolution	n	%	p
Objetivos terapéuticos								
Corticoides orales								0,017
Yes	39	30,5	16	12,5	No change - OC use in v1 and OC use in v2	9	7,0	
No	89	69,5	112	87,5	No change - no OC use in v1 and no OC use in v2	82	64,1	
					Change: OC use in v1 - no OC use in v2	30	23,4	
					Change: no OC use in v1 - OC use in v2	7	5,5	
FEV1								0,000
Obstruction: no	41	32,3	52	40,6	No change - obstruction in v1 and obstruction in v2	54	42,2	
Obstruction: yes	86	67,7	63	54,8	No change - no obstruction in v1 and no obstruction in v2	34	26,6	
					Change: no obstruction in v1 and obstruction in v2	7	5,5	
					Change: obstruction in v1 and no obstruction in v2	20	15,6	
ACT								0,002
Bad control	90	70,3	46	35,9	No change - bad control in v1 and bad control in v2	40	31,3	
Good control	38	29,7	82	64,1	No change - good control in v1 and good control in v2	32	25,0	
					Change - bad control in v1 and good control in v2	50	39,1	
					Change - good control in v1 and bad control in v2	6	4,7	
Exacerbaciones / año								0,122
0	24	18,8	80	62,5	No change - exacerbations \geq 2 in v1 and exacerbations \geq 2 in v2	17	13,3	
1	24	18,8	28	21,9	No change - exacerbations 1 in v1 and exacerbations 1 in v2	4	3,1	
≥ 2	80	62,5	20	15,6	No change - no exacerbations in v1 and no exacerbations in v2	17	13,3	
					Change - no exacerbation in v2	63	49,2	
					Change - less exacerbation in v2 (only 1 exacerbation)	17	13,3	
					Change - more exacerbations in v2 than in v1	10	7,8	
Remisión de asma*								0,021
no	127	99,2	106	84,1				
yes	1	0,8	20	15,9				
Rasgos Tratables								
Eosinófilos (sangre)								0,017
0 to 149	43	33,6	60	46,9	No change between v1 and v2	15	11,7	
150 to 299	22	17,2	21	16,4	Change - less eosinophils in v2 compared with v1	86	67,2	
≥ 300	63	49,2	29	22,7	Change - more eosinophils in v2 compared with v1	27	21,1	
TAI								0,009
Bad adherence	39	30,5	10	8,1	No adhesion improvement in v2	10	8,1	
Good adherence	89	69,5	114	91,9	Improved adherence in v2	114	91,9	
FENO								0,04
0 to 24	46	37,1	51	48,6	No change in v2 and v1	49	48,0	
25 to 49	41	33,1	35	33,3	Lower in v2 than in v1	35	34,3	
≥ 50	37	29,8	19	18,1	Higher in v2 than in v1	18	17,6	
Anticuerpos monoclonales								0,000
no	81	63,3	64	50,0	No change - no biologic drug prescription in v2	54	42,2	
yes	47	36,7	64	50,0	No change - biologic drug prescription in v2	37	28,9	
					Change - biologic treatment starts in v2 - no previous treatment with biologics previous v1.	27	21,1	
					Change - abandon biologic treatment in v2	10	7,8	
Terapia inhalada (LABA+LAMA+ICS)								0,102
no	77	60,2	38	29,7	No change - no triple inhaled therapy in v1 and no triple inhaled therapy in v2	27	21,1	
yes	51	39,8	90	70,3	No change - triple inhaled therapy in v1 and in v2.	40	33,3	
					Change: no triple inhaled therapy in v1 and yes in v2	50	39,1	
					Change - triple prescription in v1 and no triple prescription in v2	11	8,6	

N: número de pacientes. v1: primera visita. v2: segunda visita. FENO: fracción de óxido nítrico exhalado. OC: corticoides orales.

Remisión del asma: definida como ACT > 20, sin exacerbaciones, FEV1 en v2 > 80% y sin uso de CO. FEV1: volumen espiratorio forzado en 1 segundo. ACT: prueba de control del asma. TAI: prueba de adherencia a los inhaladores. LAMA: antagonista muscarínico de acción prolongada. LABA: agonista beta 2 de acción prolongada. CSI: corticosteroides inhalados.

Tabla 1. Comunicación 286. Objetivos terapéuticos y resgos tratables.

721. OSCILOMETRÍA DE IMPULSOS EN PACIENTES CON ASMA GRAVE Y TRAQUEOMALACIA

Juan Francisco Nieves Salceda, Tamara Hermida Valverde, Marta Iscar Urrutia, Francisco Julián López González, Ana Isabel Enríquez Rodríguez, María Rodríguez Pericacho, Marta Sánchez Zeballos, Ángela Lanza Martínez, Laura Martínez Vega, Laura Abad Chamorro, Eduardo Sánchez Vázquez, Patricia Alvarez Álvarez, María Rodil Riera, Isabel Martínez González-Posada, Ramón Fernández Álvarez y Marta María García Clemente

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Introducción: La medida de las resistencias por oscilometría (ROS) ha demostrado ser de gran utilidad en la medición de la resistencia en la pequeña vía aérea en pacientes con asma. La asociación de comorbilidades como la traqueobroncomalacia (TBM) agrava el curso de esta enfermedad y en ocasiones es difícil discernir la implicación que cada una de estas patologías tiene en la expresión clínica del paciente. Nuestro objetivo fue evaluar la utilidad de la ROS para valorar la presencia repercusión de TBM en pacientes con asma grave en tratamiento biológico en fase de estabilidad clínica.

Material y métodos: Estudio prospectivo y descriptivo en el que se incluyeron pacientes > 18 años con asma grave en trata-

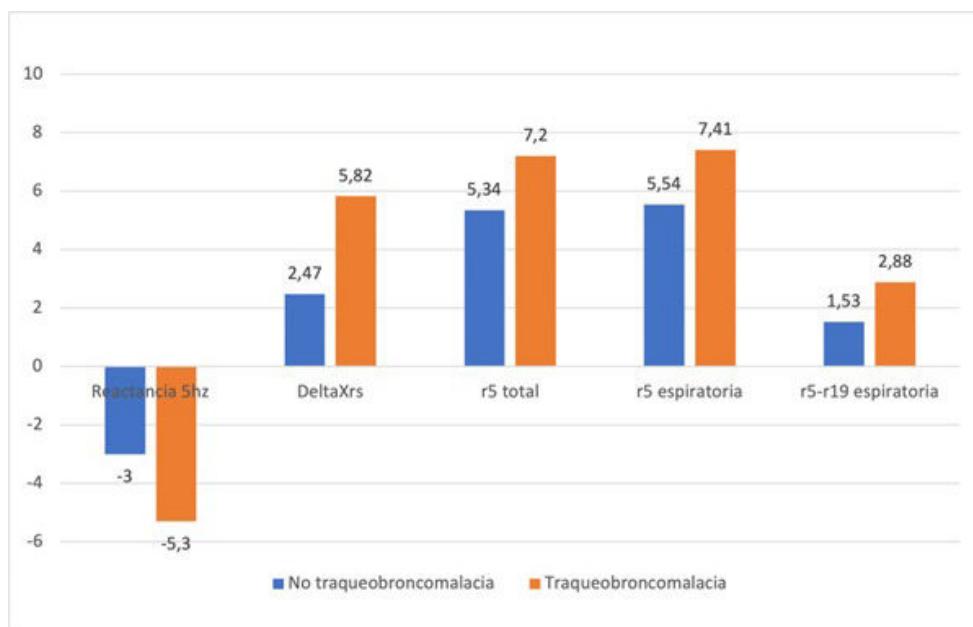


Figura 1. Comunicación 721. Variables medidas mediante IOS con significancia estadística.

COMORBILIDAD	N	%
Obesidad	21	62
Bronquiectasias	10	29,4
AOS	12	35
EPOC	1	2,9

Tabla 1. Comunicación 721.

miento con fármacos biológicos y broncoscopia para evaluar la presencia TBM. Esta se definió como significativa una obstrucción espiratoria de la luz traqueobronquial > 80%. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos, función pulmonar, cuestionario ACT (Asthma Control Questionnaire) y evolución clínica. Se realizó ROS con oscilómetro Resmond PRO-FULL, siguiendo el protocolo de la ERS registrándose las resistencias y reactancias del sistema respiratorio a 5, 11 y 19 Hz y utilizando los valores de referencia de Oostveen *et al.*, ERJ, April 2013. Se realizó t de Student comparando grupo sin TBM o TBM < 80 vs. TBM > 80% mediante el programa Stata v15.4.2.

Resultados: Se recogieron 33 pacientes con asma grave, 11 (33%) presentaban obstrucción crónica al flujo aéreo y 6 (18%) TBM asociada. El 79% (26) eran mujeres, no fumadores 59% (20). Los pacientes con TBM leve presentaban un FEV1 medio de 84,4% (26,9) y los moderados/graves de 78% (14). Se objetivaron diferencias significativas entre valores obtenidos por ROS (fig.) en reactancia, siendo más negativa en pacientes con TBM; reactancia 5Hz ($p = 0,02$), DeltaXrs ($p = 0,02$). Además, se objetivó un aumento de resistencias en R5 total ($p = 0,024$), R5 espiratoria ($p = 0,02$) y R5-R19 espiratoria ($p = 0,03$). En la tabla se muestran las comorbilidades más frecuentes.

Conclusiones: Los pacientes que asocian TBM > 80% presentan una peor reactancia y una mayor resistencia total, aumentada en la espiración. Por todo ello la ROS presenta utilidad como prueba no invasiva para valorar repercusión funcional de la TBM asociada en pacientes con asma grave.

32. PACIENTES CON ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO CON MAB EN EL HOSPITAL SAN PEDRO DE LOGROÑO

Denahi Portillo Caldera, Raquel García Hernaez, María de la Fuente Grijalvo, Rodrigo Mayor Deli'Innocenti y María Alejandra Arias Hualpa

Hospital San Pedro, Logroño, España.

Introducción: El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias inferiores que cursa con hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable al flujo, total o parcialmente reversible. En ella participan distintas células y mediadores de la inflamación. Está condicionada, en parte, por factores genéticos e incluye diversos fenotipos. El asma grave se caracteriza por la necesidad de precisar múltiples fármacos y altas dosis para su tratamiento (escalón 5 y 6 de la GEMA y 5 de la GINA), actualmente disponemos de los anticuerpos monoclonales o fármacos biológicos, para pacientes no controlados, que se encuentran en el último escalón de tratamiento

Material y métodos: De la Consulta de Asma grave de Hospital San Pedro de Logroño, en el periodo de junio 2021 a octubre de 2022, se han recogido 39 pacientes que están en tratamiento con fármacos biológicos. Se han analizado las variables, en función del sexo, edad media, fármaco biológico y si han precisado cambio o retirada del mismo.

Resultados: Una vez analizados los datos, se observa que 12 de los pacientes son hombres (30,76%), 27 son mujeres (69,23) La media de edad es 65,43 años, siendo el grupo de paciente con omalizumab, los

de mayor edad con una media de 72,6 años. En cuanto a la diferencia por fármacos, tenemos que 9 pacientes (23,07%) están en tratamiento con omalizumab, 22 (56,41%) con mepolizumab, 6 pacientes (15,38%) con dupilumab y 2 paciente (5,12%) con benralizumab. Del grupo de pacientes con omalizumab 2 de ellos han precisado cambio a otro fármaco biológico y 1 se ha retirado por reacción de hipersensibilidad. Del grupo de mepolizumab 1 se cambió a benralizumab por ausencia de respuesta y otro se retiró por incumplimiento terapéutico. En cuanto al grupo de dupilumab, 1 se retiró por eosinofilia con infiltrados pulmonares bilaterales y recuento en BAL de 26% de eosinófilos tras dos meses de tratamiento. El resto de los pacientes 33 (84,61%) no han presentado efectos secundarios y la respuesta clínica ha sido favorable, continuando actualmente el fármaco iniciado.

Conclusiones: 1. Hay una diferencia respecto al sexo, existiendo un predominio de mujeres. 2. El grupo con omalizumab tiene una edad media mayor que el resto. 3. La reacción adversa más grave fue, 1 caso con eosinofilia más infiltrados pulmonares. 4. El resto de los pacientes que supone un (84,61%), han tenido buena respuesta clínica por lo que actualmente se mantienen con el tratamiento.

105. PERFIL DE LOS PRIMEROS PACIENTES CON ASMA GRAVE TRATADOS CON DUPILUMAB EN LA PRACTICA CLÍNICA HABITUAL DE NEUMOLOGÍA Y ANÁLISIS DE SUS RESULTADOS

Eva Ballesteros Vázquez¹, Marta Palop Cervera², Elisa Lillo González¹, Andrés Sánchez Vera¹, Guadalupe Pérez Peribañez² y Eva Martínez Moragón¹

¹Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España. ²Hospital de Sagunto, Sagunto, España.

Introducción: En el primer trimestre de 2022 tuvimos financiado en España el tratamiento con dupilumab para los pacientes mayores de 12 años con asma grave. Hemos querido analizar el perfil de los pacientes en el que lo hemos indicado en neumología y la efectividad del mismo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que han participado 2 hospitales con unidad de asma acreditada por SEPAR. Hemos analizado todos los pacientes que han iniciado dupilumab entre marzo y junio 2022 con un periodo de seguimiento de 6 meses. Hemos considerado remisión a los 6 meses si el ACT era > 20, no había ninguna exacerbación grave y el FEV1 era > 80% o había mejorado al menos 100 ml.

	Inicio de dupilumab	6 meses de tratamiento	P
ACT	14±3	19±3	0,083
FEV1 (%)	79±23	87±21	0,001
Exacerbaciones graves año previo	2,6±1,6	0,2±0,5	0,015
Urgencias año previo	1,1±1,2	0,4±0,2	0,922
FENO (ppb)	41±41	19±21	0,001
eosinófilos	191±156	302±178	0,004
SNOT 22 si RSNCNP	34±20	18±6	0,027

Tabla 1. Comunicación 105. Resultados obtenidos tras 6 meses de tratamiento con dupilumab.

Resultados: Se han incluido 24 pacientes, 54% hombres, edad media 50 ± 14 años, IMC 26 ± 5 . El 79% eran atópicos (19). Solo 5 pacien-

tes no habían recibido biológico previo; la mayoría habían recibido omalizumab (14), seguido de mepolizumab (9) y benralizumab (8). 6 pacientes (25%) tenían RNScPN y 3 (12%) dermatitis atópica. Eran fumadores 5 pacientes (20%) y corticodependientes 4 (16%). Solo 13 pacientes (54%) tenían FENO > 25 ppb. De forma global se ha obtenido a los 6 meses reducción significativa del número de exacerbaciones, disminución del FENO, mejoría en el FEV1 y en el ACT y aumento de eosinofilia (tabla). La remisión a los 6 meses se ha conseguido en 14 pacientes (58%), sin diferencias significativas respecto a si dupilumab era o no el primer biológico, si el paciente era o no atópico, numero de exacerbaciones, eosinófilos, FENO, función pulmonar o presencia de RNScPN. Por el contrario, ningún paciente corticodependiente ni con tabaquismo ha conseguido la remisión. 2 de los 4 corticodependientes redujeron la dosis de corticoides orales a la mitad. No se han descrito efectos adversos.

Conclusiones: En la práctica habitual estamos prescribiendo dupilumab en pacientes con fenotipo T2 alérgico, donde han fallado otros biológicos, especialmente omalizumab. La efectividad conseguida a los 6 meses es buena con remisión en la mayoría de pacientes. Las peores respuestas se están apreciando en pacientes fumadores y corticodependientes. Se confirma también que el fármaco es seguro.

795. PREDICTORES DE REMISIÓN CLÍNICA EN BIOPSIA BRONQUIAL DE PACIENTES CON ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO

Hanaa Shafiek¹, Amanda Iglesias², Mar Mosteiro³, Inés Escribano⁴, Nuria Toledo-Pons⁵, Jose Luis Valera⁵, Meritxell López⁵, Rocío Martínez⁵, Cristina Gómez⁵ y Borja G. Cosío⁵

¹University of Alexandria, Alexandria, Egipto. ²CIBERES-IdISBa, Palma de Mallorca, España. ³Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.

⁴Hospital Infanta Sofía, Madrid, España. ⁵Hospital Universitario Son Espases-IdISBa, Palma de Mallorca, España.

Introducción: Los tratamientos biológicos en asma pueden tener una respuesta variable, siendo la remisión clínica un objetivo terapéutico posible en algunos casos. Hipotetizamos que la biopsia bronquial puede identificar a los pacientes que alcanzan remisión clínica, entendida como no agudizaciones, ACT > 19, no uso de corticoides orales y mejoría del FEV1 (> 100 ml y 10%). Objetivos: evaluar los factores predictores de remisión clínica en una población con asma grave

Material y métodos: Estudio prospectivo que incluye pacientes con asma grave no controlado candidatos a terapia biológica en los que se recogen variables clínicas, eosinófilos en sangre, función pulmonar, FeNO y se realiza una broncoscopia con biopsia bronquial previa al tratamiento y se evaluó la respuesta a los 6 meses de haberlo iniciado. La biopsia bronquial es analizada aplicando un score anatopatológico (SAP) previamente descrito. Se analizaron con curvas ROC la capacidad predictora de remisión clínica de las variables anatopatológicas de la biopsia bronquial en comparación con el valor de eosinófilos en sangre y FeNO.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes (9 fenotipo asma alérgico de inicio precoz (AAIP) y 41 fenotipo asma eosinofílico de inicio tardío (AEIT)). El 21,2% de los AAIP y el 51,2% de los AEIT cumplieron criterios de remisión clínica. Los pacientes que alcanzaron remisión clínica tenían un FEV1 más alto y menor número de agudizaciones pretratamiento. El SAP y la presencia de eosinófilos en la submucosa se correlacionaron con la remisión clínica ($r = 0,36$ y $0,42$, $p < 0,05$ respectivamente), no así los eosinófilos en sangre y el FeNO ($r = 0,10$, $p = 0,18$). Los eosinófilos en la submucosa mostraron un área bajo la curva de 0,72 ($p = 0,009$), siendo de 0,63 para los eosinófilos en sangre y el FeNO ($p = 0,08$).

Conclusiones: La remisión clínica es un objetivo alcanzable en hasta la mitad de los casos. La biopsia bronquial muestra una mejor

capacidad predictiva de remisión clínica que los eosinófilos en sangre y el FeNO en los pacientes que reciben terapias biológicas para el asma grave.

Proyecto FIS PI 19/01521.

743. PREVALENCIA DE ASMA BRONQUIAL EN PACIENTES CON IDEACIÓN DE AUTOLISIS

Maria del Pilar Lobato de la Sierra¹, Alicia Padilla Galo², Borja Valencia Azcona², Carolina Puchaez Manchon³, Lyam Lamrini Hamido-Laarbi⁴, Josefa Rojas Villegas⁵ y Jose Gregorio Soto Campos¹

¹Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, España. ²Hospital Costa del Sol, Marbella, España. ³Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España. ⁴Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España. ⁵UGC de prevención, promoción y vigilancia de la salud, Jerez de la Frontera, España.

Introducción: La relación entre ideación suicida en personas que sufren asma no ha sido estudiada a fondo, probablemente el asmático con estas ideas de autolisis sufra un peor control de su enfermedad y/o una mayor comorbilidad psiquiátrica o médica en general. Por ello, nuestro objetivo fue detectar la prevalencia de asma entre pacientes que acuden a urgencias hospitalarias por intentos de suicidio y caracterizar la enfermedad en estos.

Material y métodos: Reclutamos un total de 443 pacientes pertenecientes a los Hospitales Costa del Sol, Hospital de Jaén y Hospital de Jerez de la Frontera. Identificándose por medio de diagnóstico de intento autolítico en episodio de urgencias. Se escogió la búsqueda de estos pacientes en el año anterior a la pandemia (2019), para eludir el sesgo que pude suponer la disminución en la frequentación de servicios de urgencias motivada por la misma y se recabaron los siguientes datos: edad, sexo, hábito tabáquico, consumo de alcohol, antecedentes de enfermedades respiratorias y dentro de los pacientes asmáticos eosinofilia y control de la enfermedad. Analizamos los datos y los presentamos mediante porcentajes y medias.

Resultados: Se analizan los datos de los 443 pacientes seleccionados, estos con una media de edad de 41,78 años, siendo mujeres un 62,7%. Confesándose fumadores activos 133 del total (30%), exfumadores 20 (4,5%) y nunca fumadores 290 (65%). 55 de los pacientes presentaban antecedentes de patología respiratoria, siendo el asma la más prevalente, presente en 37 de ellos (8,35% del total de pacien-

tes). Dentro de los pacientes asmáticos, el 35% tenían asma leve controlado, 35% tenían asma moderada controlada, 15% asma moderada mal controlada y 15% asma grave mal controlada. La media de eosinofilia en sangre era de 162 cels/ μ L.

Conclusiones: 1. Se deduce de estos resultados preliminares es que el asma es la enfermedad respiratoria más prevalente en aquellos pacientes que han realizado un intento de suicidio. 2. Esto puede dar pie a otros estudios a con el fin de obtener una muestra mayor y definir algo mejor las características de los pacientes asmáticos que presentan ideación suicida con intento de autolisis.

328. ¿QUÉ INFLUENCIA PUEDE TENER MEPOLIZUMAB EN EL FENO? UN ANÁLISIS DE REDES

Carolina Cisneros Serrano¹, Marina Blanco Aparicio², Rocío Magdalena Díaz Campos³, Andrea Trisán Alonso⁴, David Banas Conejero⁵ y María Guadalupe Sánchez Herrero⁵

¹Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España. ²Hospital Universitario de La Coruña, A Coruña, España. ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid, España. ⁵Departamento médico GSK, Madrid, España.

Introducción: Los mecanismos de la señalización tras la producción del óxido nítrico (NO) y su papel en el asma no están bien definidos, mientras que sí existe evidencia de la implicación de la IL-13 en su síntesis. Los linfocitos Th2 y los linfocitos innatos de tipo 2 (ILC2) son conocidas fuentes de IL-13. Menos conocido es el hecho de que los eosinófilos también producen IL-13 y, por tanto, también pueden influir en los niveles de FeNO. El objetivo de este estudio fue evaluar el potencial cambio en el FeNO con mepolizumab y los resultados clínicos en función de ese cambio.

Material y métodos: REDES fue un estudio observacional en práctica clínica de la efectividad y seguridad de mepolizumab 100 mg SC en pacientes con asma grave eosinofílica en España. Este análisis *post hoc* evaluó las variables funcionales, analíticas, exacerbaciones y puntuación del cuestionario ACT en aquellos pacientes con datos de FeNO disponibles. Para ello, se estratificaron los pacientes en función de si hubo reducción de FeNO \geq 20 ppb, incremento \geq 20 ppb, o se mantuvo dentro del rango -19 a 19 ppb.

Resultados: 139 pacientes tenían datos completos de FeNO. Al final del estudio, la mayoría de los pacientes (52,5%) no experimentó

	Disminución en FeNO \geq 20 ppb		No diferencia en FeNO (<20 ppb)		Aumento en FeNO \geq 20 ppb	
	Inicio	12 meses	Inicio	12 meses	Inicio	12 meses
Exacerbaciones anuales, media (DE)	4,65 (3,36)	0,81 (1,26)	4,40 (3,89)	0,99 (1,25)	5,35 (4,28)	1,17 (1,40)
Dosis de COS (mg), mediana	10,0	0,00	6,67	0,00	10,0	2,50
Pacientes que dejaron de tomar COS, n (%)	-	9/13 (69,23)	-	18/27 (66,67)	-	4/10 (40)
ACT, media (DE)	14,24 (5,04)	21,25 (3,89)	14,97 (5,07)	20,65 (4,09)	13,40 (6,20)	19,55 (5,15)
ACT, mediana	14,00	23,00	15,00	21,00	14,00	21,00
FEV1 pre-BD (L), media (DE)	2,07 (0,86)	2,40 (0,84)	1,86 (0,76)	2,03 (0,71)	1,66 (0,79)	2,07 (0,77)
FEV1 Pre-BD (%), media (DE)	74,89 (24,82)	86,65 (20,44)	66,55 (22,56)	77,59 (22,74)	65,75 (23,61)	77,64 (23,40)
Eosinófilos en sangre (células/ μ L), media (DE)	862,33 (610,66)	65,09 (43,51)	832,77 (1112,6)	90,38 (87,29)	708,70 (484,41)	108,59 (68,13)
FeNO, ppb, mediana/media (DE)	84,00/102,87 (60,84)	34,20/43,82 (32,40)	29,70/45,14 (38,53)	34,00/44,15 (40,06)	34,00/41,35 (26,02)	84,00/85,72 (36,38)
IgE total, (UI/mL) media (DE)	441,32 (667,66)	-	303,24 (386,56)	-	284,00 (278,58)	-

Tabla 1. Comunicación 328.

un cambio en el FeNO, 43 pacientes (30,9%) redujeron el FeNO (media (DE) = -59,04 (48,32) ppb), y 23 (16,6%) lo aumentaron (media (DE) = +44,37 (20,67) ppb). Los pacientes que redujeron el FeNO tenían un valor basal más alto (102,87 ppb) que los otros dos grupos (medias de 45,14 y 41,35 ppb), y una función pulmonar (FEV1) y valor de IgE total basales más altos (74,89% y 441 UI/mL) que los grupos que empeoraron o no cambiaron el FeNO (66,55% y 303,24 UI/mL, y 65,75% y 284 UI/mL respectivamente). La tasa de exacerbaciones, el uso de corticoides orales, el control del asma medido por el ACT y la función pulmonar mejoraron de forma significativa y clínicamente relevante en los tres subgrupos (tabla), sin una correlación clara con la evolución del FeNO.

Conclusiones: La efectividad de mepolizumab en el estudio REDES no fue influida por la evolución del FeNO durante el estudio. La reducción del FeNO en los pacientes con niveles más altos está aliñada con estudios anteriores, sin embargo, el hecho de que algunos pacientes modifiquen el FeNO con un anti IL-5, de forma asociada a la IgE basal, o la función pulmonar basal no estaba descrito hasta ahora, por lo que se necesitan más estudios para entender esta interrelación.

Financiación: GSK (GSK ID 213172). COI: DBC y MGSH son empleados de GSK y tienen acciones de GSK.

267. ¿QUÉ PASA TRAS UNA HOSPITALIZACIÓN POR ASMA?

Jorge García Aragón, Myriam Calle Rubio, Celia Pinedo Sierra, María José Bernabé Barrios, Sofía Karamichali, Elizabeth González Revilla, Gianna Vargas Centanaro y Juan Luis Rodríguez Hermosa

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Introducción: Tras una hospitalización por agudización asmática es importante asegurar al alta un correcto seguimiento, analizar la atención sanitaria realizada en el mismo y los factores relacionados con futuros reingresos con el fin de conseguir un adecuado control de la enfermedad, mejorar la calidad de vida, evitar la pérdida de función pulmonar y futuras exacerbaciones.

Material y métodos: Revisión de eventos y actuaciones realizadas en el seguimiento de todos los pacientes que ingresaron por exacerbación asmática en un hospital de tercer nivel en el año 2021. Se investigó seguimiento al alta, agudizaciones previas, posteriores y diferencias en estos aspectos según el ámbito de la hospitalización y según el destino al alta.

Resultados: N = 75. El 66,7% de los pacientes eran remitidos a neumología (NML), un 26,7% a medicina de atención primaria

(MAP) y el 6,7% restante a alergología (ALG). De los ingresados en NML el 76,3% realizaron su seguimiento posterior en NML y de los ingresados en UCE el 56,8% fueron remitidos a NML. El 64% de la muestra eran seguidos previamente por MAP y tras el alta un 54,2% de este porcentaje fueron remitidos a NML. El 30,7% eran seguidos previamente por NML y tras el alta un 95,7% de este porcentaje se remitían a NML. Analizando diferencias según el destino al alta, el 28% de los remitidos a NML tuvieron ≥ 2 agudizaciones ambulatorias en el año previo y el 6% ≥ 2 hospitalizaciones. De los remitidos a MAP, un 15% presentaron ≥ 2 agudizaciones ambulatorias, un 5% 1 hospitalización y ninguno ≥ 2 hospitalizaciones. La edad media en NML fue 63 años, 42 en ALG y 58 en MAP. Hasta el 18% en NML eran fumadores activos y el 5% en MAP. El 44% en NML tenían un índice de Charlson ≥ 2 y el 50% en MAP. La FEV1 media en NML fue del 78,59%, en ALG de 88,5% y en MAP del 91%. Hasta un 8% del total de la muestra tuvieron 2 o más agudizaciones ambulatorias en los 12 meses tras el alta. Un 18,7% 1 hospitalización y un 4% 2 o más hospitalizaciones. El 21,3% de los pacientes habían acudido a las urgencias hospitalarias en el año posterior en al menos 1 ocasión y el 8% en 2 o más ocasiones.

Conclusiones: Un elevado porcentaje de pacientes asmáticos que ha sufrido una hospitalización reagudiza en el año siguiente. El seguimiento se realizó en su mayor parte en NML, sobre todo aquel grupo con mal control de la enfermedad, agudizador y con una peor función pulmonar, pero 1 de cada 4 solo era visto por MAP.

51. RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE TRATAMIENTO DE RESCATE UTILIZADO Y EL NÚMERO DE EXACERBACIONES EN EL PACIENTE ASMÁTICO

Lucía Elosúa Prats, Laura Anoro Abenoza, Patricia Iñiguez de Heredia Monforte, Guillermo Loscertales Vacas, Marta Martín Lana, Ana García Esteban, Xuanxiao Lin Lin, Pablo Castejón Huynh y Carlos Murillo Arribas

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Introducción: Clásicamente el tratamiento del asma se basa en distintos fármacos utilizados como tratamiento de mantenimiento y a demanda. En los últimos años se ha estudiado la opción de utilizar un solo dispositivo de inhalación con formoterol/GCI para ambas modalidades ya que se ha comprobado que disminuye las consecuencias de la baja adherencia terapéutica y del abuso del tratamiento de rescate, que se han relacionado en múltiples ocasiones con un mayor riesgo de sufrir exacerbaciones.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal en el que se ha incluido a todo paciente acudido al Servicio de

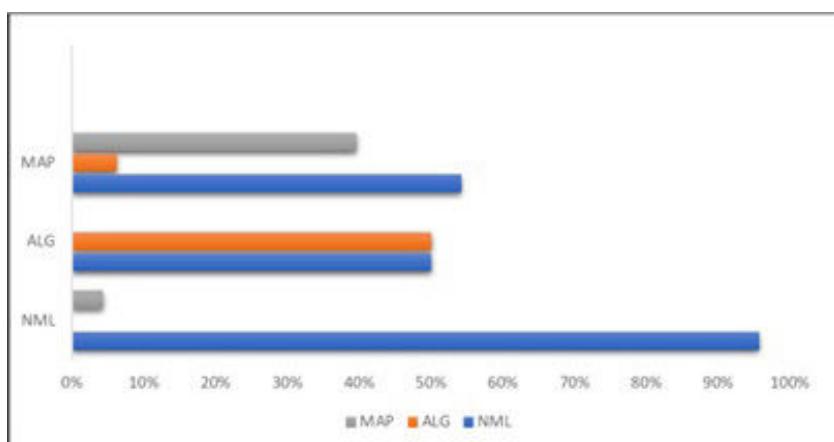


Figura 1. Comunicación 267. Destino al alta en base a la especialidad responsable del seguimiento previo.

Urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa por una exacerbación asmática durante el periodo del 1/08/2022 al 31/10/2022 obteniendo un tamaño muestral final de 50 pacientes. Se han incluido las siguientes variables: edad, sexo, número de exacerbaciones asmáticas en el último año divididas en leves y graves, tratamiento de rescate utilizado (SABA vs. formoterol/GCI), número de dispensaciones farmacéuticas de este, abuso del tratamiento de rescate y adherencia terapéutica.

Resultados: Un 55% de los pacientes estudiados utilizaban SABA como tratamiento de rescate, mientras que un 45% utilizaban formoterol/GCI. Se registraron 50 exacerbaciones en total, un 55% fueron graves y un 45% leves. De los pacientes con SABA como tratamiento de rescate, un 36,4% cumplían criterios de abuso de tratamiento con 3 o más dispensaciones de SABA en un año. En el grupo de pacientes tratados con formoterol/GCI como tratamiento de rescate, un 83,3% lo hacía de mala adherencia terapéutica. Al realizar el contraste de hipótesis no se encontraron diferencias en el número de exacerbaciones entre los pacientes con SABA y aquellos con formoterol/GCI. Solo se ha encontrado una relación levemente significativa ($p = 0,046$) entre el abuso de SABA y el número de exacerbaciones. En el grupo de pacientes con formoterol/GCI como tratamiento de rescate se ha estudiado, también, su grado de adherencia a dicho tratamiento utilizado como terapia de mantenimiento y la posible relación con el número de exacerbaciones, sin detectar diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

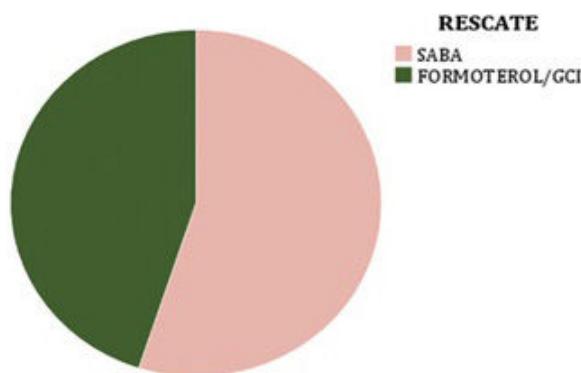


Figura 1. Comunicación 51. Tratamiento de rescate utilizado.

Conclusiones: Los resultados de este estudio están muy limitados por el tamaño muestral. A pesar de no haber encontrado relación entre el tipo de tratamiento de rescate utilizado y el número de exacerbaciones existe amplia evidencia a favor del uso de un solo dispositivo de inhalación con una combinación de formoterol/GCI utilizado como terapia de rescate en lugar de un SABA.

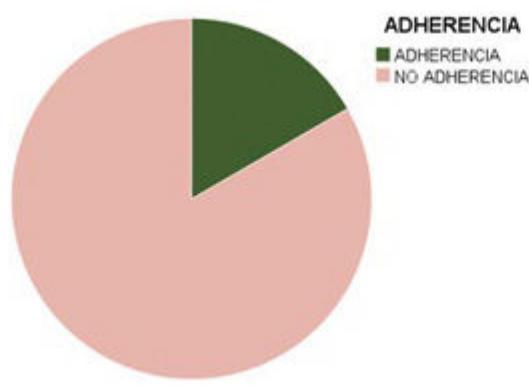


FIGURA 5. Adherencia terapéutica.

Figura 2. Comunicación 51.

212. REMISIÓN AL AÑO DE TRATAMIENTO CON BENRALIZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN FUNCIÓN DE SI LOS ASMÁTICOS HAN SIDO TRATADOS O NO CON UN BIOLÓGICO PREVIO

Andrés Sánchez Vera¹, Ignacio Boira Enrique², Marta Palop Cervera³, Inmaculada Lluch Tortajada⁴, Suliana Mogrovejo Calle¹, Eusebi Chiner Vives² y Eva Martínez Moragón¹

¹Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España. ²Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España. ³Hospital de Sagunto, Valencia, España. ⁴Hospital Universitario de la Ribera, Valencia, España.

Introducción: Los estudios multicéntricos evaluando los resultados obtenidos con el empleo de biológicos en los asmáticos graves nos pueden ayudar a tomar decisiones en la práctica clínica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que han participado 4 hospitales con unidad de asma acreditada por SEPAR. Hemos analizado todos los pacientes que han iniciado benralizumab entre 2019 y 2020 con un periodo de seguimiento de 12 meses. Hemos considerado remisión al año si el ACT era > 20, no había ninguna exacerbación grave y el FEV1 era > 80%. Analizamos posibles diferencias entre pacientes con benralizumab como primer biológico o aquellos con fallo de un biológico previo.

Resultados: Se han incluido 134 pacientes, 51% mujeres, edad media 56 ± 13 años, IMC 27 ± 5 . El 44% eran atópicos. 35 pacientes habían recibido biológico previo: 19 omalizumab, 8 mepolizumab y 8 ambos. 39 pacientes (29%) tenían RNScPN y 3 (2%) ABPA. Eran fumadores 15 pacientes (11%) y corticodependientes 30 (22%). No había diferencias entre grupos respecto a sexo, edad, IMC, comorbilidades, atopía, función pulmonar, eosinofilia o corticodependencia. El grupo sin biológicos previos tenía mayor ACT, FENO menor y menos exacerbaciones que el grupo con fracaso de otros biológicos. De forma global se ha obtenido al año reducción significativa del número de exacerbaciones, disminución del FENO, reducción del uso de corticoides, mejoría en el FEV1 y en el ACT y en la calidad de vida (tabla). La calidad de vida es mejor en los pacientes con benralizumab como primer biológico. Sin exacerbaciones graves se han mantenido el 86% de pacientes con benralizumab de inicio frente al 70% del resto ($p = 0,019$). Con ACT > 20 al año había un 80% de pacientes con benralizumab como primer biológico frente al 55% con biológicos previos ($p = 0,020$). La función pulmonar normal se obtuvo en el 40% de pacientes con benralizumab de inicio y en el 29% del resto ($p = 0,59$). La remisión completa a los 12 meses se ha conseguido en 34 pacientes (34%) en los que benralizumab fue el primer biológico y en 7 (20%) de los procedentes de otro ($p = 0,23$).

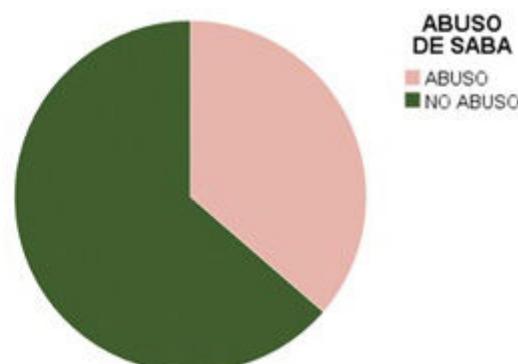


FIGURA 4. Abuso de SABA

	Benralizumab como primer biológico (n 99)	Benralizumab tras fracaso de otros biológicos (n 35)	P
ACT al inicio	13±3	11±7	0,003
ACT al año	21±2	19±4	0,079
FEV1 (%) al inicio	78±22	68±22	0,06
FEV1 (%) al año	83±22	79±23	0,519
Exacerbaciones graves año previo	2,6±1,6	3,21±1,4	0,0134
Exacerbaciones al año	1,45±1	1,70±1	0,41
FENO (ppb) inicio	41±29	56±36	0,034
FENO (ppb) al año	19±16	40±32	0,0001
Eosinófilos al inicio	507±413	392±385	0,061
eosinófilos al año	34±138	6±35	0,233
MiniAQLQ inicio	3,0±1	3,12±1	0,603
MiniAQLQ al año	5,49±0,84	4,82±1,46	0,049
Corticodependientes inicio (pacientes)	21	9	0,639
Corticodependientes año (pacientes)	5	1	1

Tabla 1. Comunicación 212. Variables discriminadas por inicio de benralizumab como primer biológico y tras fracaso de biológicos previos.

Conclusiones: En la práctica habitual se demuestra la eficacia de añadir benralizumab al tratamiento de los asmáticos graves no controlados, con resultados mejores cuando se escoge de inicio esta terapia biológica, pero sin alcanzar diferencias significativas en el porcentaje de pacientes con remisión.

Introducción: El benralizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado contra la subunidad α del receptor de IL-5 eficaz en el tratamiento del asma grave no controlada (AGNC) tipo 2. Ha demostrado reducción de exacerbaciones graves, mejoría de función pulmonar (FEV1) y disminución de síntomas. También ha demostrado reducir significativamente la dosis de glucocorticoïdes orales (GCO).

Material y métodos: Estudio retrospectivo en vida real de pacientes con AGNC que iniciaron tratamiento con benralizumab en Cantabria entre 03/2018-01/2022. Se recogieron datos clínicos, analíticos, y funcionales, tratamiento farmacológico, exacerbaciones y cuestionarios de calidad de vida y respuesta a tratamiento (ACT y FEOS Score) a los 6, 12 y 24 meses.

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes, el 63,6% mujeres con una edad media de 64 años. El tiempo de evolución de enfermedad hasta inicio de tratamiento con benralizumab fue de 20 años. Como características previas, un 30,4% eran exfumadores, 54,5% tenían antece-

82. RESPUESTA A BENRALIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA

Lucía Huidobro Bringas, Beatriz Abascal Bolado, Sergio García Martín, Laura González Ramos, Noelia Borja Vargas, Patricia Druet Toquero, Javier Zuazaga Fuentes, Carlos Antonio Amado Diago, Sonia María Fernández Rozas y Juan Luis García Rivero

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

	Mediana	Desviación estándar	Intervalo de confianza
Función pulmonar FEV1 (ml)			
FEV1 basal (ml)	1780	706,06	(480-3090)
FEV1 6 meses	2240	786,60	(1140-3420)
FEV1 12 meses	2460	695,17	(1220-4050)
Dif basal-6 meses	455	425,50	(0-1210)
Dif basal-12 meses	495	600,65	(120-2010)
Dif basal-24 meses	560	351,97	(210-1320)
FeNO (ppb)			
FeNO basal	49,5	52,61	(8-185)
FeNO 6 meses	34,5	66,21	(2-256)
FeNO 12 meses	77	60,47	(21-219)
Eosinófilos basales (μ l)	500	401,87	(0-2000)
Exacerbaciones			
basal	4	2,64	(1-13)
6 meses	0	1,10	(0-5)
12 meses	0	0,99	(0-4)
24 meses	0	0,87	(0-3)
ACT			
basal	21	3,05	(14-25)
6 meses	20	4,31	(11-25)
12 meses	21	5,1	(7-25)
FEOS Score			
6 meses	90	11,13	(59-100)
12 meses	96	17,80	(40-100)

Tabla 1. Comunicación 82. Datos clínicos, funcionales y analíticos de la cohorte a estudio.

dentos de alergia y 48,4% de poliposis. La mediana de eosinófilos basales fue de 500/ μ L. Al inicio de tratamiento con benralizumab, el 100% de la muestra se encontraba en tratamiento con combinación agonistas- β 2-adrenérgicos de acción larga y glucocorticoides inhalados a dosis altas (LABA/GCI), 93,9% asociaba anticolinérgicos de acción larga (LAMA), y 54,5% antagonistas de receptores de leucotrienos (ARLT). El 57,5% precisaba GCO con mediana de dosis diaria de 10mg. Un 39,3% había recibido tratamiento con uno o más fármacos biológicos previos. Del total de pacientes con GCO, se consiguió retirada total en un 68,4% tras inicio de benralizumab. Del 31,6% restante, se redujo la dosis a la mitad o más en un 15,8%. Se recogieron datos de control medido por ACT con una mejoría de 1 punto de mediana (IC 7-25 puntos), (p 0,016). Y una mejoría en el FEOS score de 6 puntos al año de inicio del tratamiento. En cuanto a la tasa de exacerbaciones de objetivó una reducción de 4 (IC 1-13) a 0 (IC 0-3) en el primer año de tratamiento (p 0,02). Con una importante mejoría en función pulmonar medida por FEV1 de 495 ml (IC 120-2010 ml) (p 0,004).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes, benralizumab demuestra mejoría en la tasa de exacerbaciones, control de la enfermedad, función pulmonar y reducción o retirada de corticoides sistémicos, confirmando los hallazgos descritos en los ensayos clínicos.

863. RESPUESTA CLÍNICA Y FUNCIONAL TEMPRANA TRAS INICIAR DIFERENTES TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA

María Eugenia Navarrete Rouco, Cinta Cumpli Gargallo, Mireia Admetlló Papiol, Ángela García Sanz, Patrick John Hurley Barahona, Antonio Sancho Muñoz y Pilar Ausín Herrero

Hospital del Mar, Barcelona, España.

Introducción: Todos los anticuerpos monoclonales para el tratamiento del asma grave no controlada (AGNC) han mostrado mejoría en ensayos clínicos tanto en síntomas como en función pulmonar. Sin embargo, existen pocos estudios que comparen estos resultados entre los diferentes biológicos. Describir la mejoría en síntomas clínicos, medido mediante el test de control del asma (ACT), y en función pulmonar, medido por FEV1, en los 4 primeros meses tras el inicio de diferentes tratamientos biológicos en pacientes con AGNC.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo observacional realizado durante el período 2018-2022. Se incluyeron a todos los pacientes tratados con biológicos (omalizumab, dupilumab, mepolizumab y benralizumab) que disponían de función pulmonar realizada a los 4 meses. Se han excluido los pacientes cortico-dependientes. Variables recogidas: fármaco administrado; variables demográficas: sexo, edad, índice masa corporal (IMC); variables analíticas: cuantificación de eosinófilos y de IgE total; variables clínicas: cuestionario ACT (antes del tratamiento, al mes y a los 4 meses) y FEV1 (antes de tratamiento y a los 4 meses). Estadística: se muestra la media (m) (desviación estándar (\pm DE)) para variables cuantitativas y número (n) (frecuencia (%)) para cualitativas.

Resultados: Se incluyeron a 72 pacientes. En la tabla 1, se recogen los datos de cada grupo.

Conclusiones: El grupo de pacientes tratados con mepolizumab y benralizumab muestran más eosinofilia, el grupo tratado con omalizumab tiene niveles más elevados de IgE y el grupo tratado con dupilumab muestra un patrón mixto. Se observa una mejoría clínica y funcional a los 4 meses en todos los grupos de tratamientos.

61. RETIRADA DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ASMA BRONQUIAL

Vladimir Araldo Zúñiga Arévalo, Jose Antonio Gullón Blanco, Manuel Ángel Villanueva Montes, Fernando Álvarez Navascués, Jesus Allende González, Andrés Sánchez Antuña, Pablo Fernández Álvarez, Álvaro Romero Suárez, Lucia Gimeno Fernández, Carmen Osoro Suárez y Manuel Ángel Martínez Muñiz

Unidad de Gestión Clínica de Neumología, Hospital Universitario San Agustín. Avilés, Avilés, España.

Introducción: No existe consenso sobre la retirada, no debida a efectos secundarios, de los fármacos biológicos en asma bronquial, si bien es conocido que cuando más prolongado sea el tiempo de tratamiento y mejor la respuesta al mismo, menor es la probabilidad de deterioro clínico tras su retirada. Nuestro objetivo es analizar las características y curso evolutivo de los pacientes asmáticos tras suspender el fármaco biológico.

Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de Asma bronquial que recibían tratamiento con un fármaco

	Omalizumab	Dupilumab	Mepolizumab	Benralizumab
Número, pacientes(n;%)	25; 35%	8; 11%	17; 24%	22; 30%
Edad, años($m\pm DE$)	46,2 \pm 14,5	43,0 \pm 14,9	61,3 \pm 13,6	57,2 \pm 12,0
Sexo, mujeres(n,%)	16; 22%	4; 6%	13; 18%	13; 18%
IMC, kg/m²($m\pm DE$)	26,4 \pm 6,0	28,9 \pm 7,6	28,4 \pm 6,0	28,0 \pm 5,9
Eosinofilia, u/μL($m\pm DE$)	280,6 \pm 235,9	468,6 \pm 255,9	602,5 \pm 329,8	715,5 \pm 429,9
IgE, UI/mL($m\pm DE$)	519,2 \pm 508,6	302,8 \pm 312,2	293,6 \pm 359,3	256,5 \pm 286,6
ACT, puntos($m\pm DE$)				
Basal	13,7 \pm 5,7	11,3 \pm 4,4	11,7 \pm 5,1	11,9 \pm 4,6
1 mes	17,1 \pm 5,2	15,8 \pm 6,2	15,1 \pm 5,0	18,1 \pm 5,4
4 meses	19,4 \pm 4,3	17,3 \pm 6,5	16,5 \pm 5,5	19,3 \pm 4,9
FEV₁, %($m\pm DE$)				
Basal	64,7 \pm 12,0	64,0 \pm 21,6	59,1 \pm 20,2	59,2 \pm 16,7
4 meses	75,9 \pm 13,0	78,9 \pm 13,6	65,5 \pm 20,2	70,5 \pm 17,9

Tabla 1. Comunicación 863. Variables demográficas, clínicas y funcionales de cada grupo.

biológico en los que este fue retirado. Se consideraron como criterios de exclusión la suspensión del tratamiento por ausencia de repuesta o efectos secundarios. Se definió la respuesta: 1) excelente: no agudizaciones, ACT > 20, FEV1 ≥ 80% y no corticoide sistémico durante los dos años previos a la retirada; 2) buena: si no cumplía alguno de estos criterios. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidad, FEV1 basal, FEV1 a la retirada, eosinófilos basales, eosinófilos a la retirada, fármaco, tiempo de tratamiento, reintroducción, tiempo hasta reintroducción, tiempo total sin biológico. Estadística: chi cuadrado, t de Student, significación: p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes: 12 mujeres y 3 hombres, con una edad media de 49,53 DE 15,73 años, 13 (86,6%) presentaban comorbilidad asociada: 9 rinitis, 3 bronquiectasias, 2 poliposis. El fármaco utilizado fue omalizumab en todos los casos, con un tiempo total de tratamiento de $65,13 \pm 27,47$ meses y la repuesta se consideró excelente en 11 (73,4%). En 7 pacientes (46,7%) fue preciso reintroducir el tratamiento (omalizumab en 5 casos y mepolizumab en 2), transcurriendo desde la retirada una media de $14,88 \pm 8,72$ meses. En aquellos en que no fue necesario reintroducir el tratamiento el tiempo de seguimiento tras la retirada fue de $28,43 \pm 15,49$ meses. En la tabla se muestran las características de los pacientes en función de que fuese o no necesaria la reintroducción del fármaco.

Variable	Reintroducción sí	Reintroducción no	p
Edad (años)	55,29±16,40	44,50±14,23	0,2
Sexo			0,6
-Hombre	1 (33,3 %)	2 (66,7 %)	
-Mujer	6 (50 %)	6 (50 %)	
Comorbilidad			0,9
-Sí	6 (46,2 %)	7 (53,8 %)	
-No	1 (50 %)	1 (50 %)	
Respuesta			0,9
-Excelente	5 (45,5 %)	6 (55,5 %)	
-Buena	2 (50 %)	2 (50 %)	
FEV1 basal (%)	65 ±18,9	77±19,1	0,3
Eosinófilos basales	225±221,73	567,14±289,69	0,07
IgE basal	440,43±190,68	679,88±366,21	0,2
Eosinófilos retirada	553,71±322,99	430±455,85	0,6
IgE retirada	390,67±205,08	371,50±112,43	0,9

Tabla 1. Comunicación 61.

Conclusiones: 1) En pacientes asmáticos en tratamiento con omalizumab durante más de 5 años con respuesta buena o excelente, se puede retirar el fármaco biológico con seguridad en más de la mitad de los casos sin presentar deterioro en un período de tiempo superior a los dos años tras la retirada. 2) No hemos apreciado variables antropométricas, funcionales o parámetros inflamatorios que nos permitan predecir que la retirada pueda realizarse con éxito.

605. ¿SE ASOCIA EL MAL CONTROL DEL ASMA A LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN?

Joana Pintado Flor, Ainhoa Arrien Dublang, Sandra Dorado Arenas, María Jesús Gómez Burgo, Eider González Fernández, **Estefanía Jaramillo Patiño**, Tamara López Ramos, Ane Antón Ladislao, Itziar Arrizubieta Basterrechea, Ángel Padierna Acero, Silvia Pascual Erquicia e Isabel Urrutia Landa
Hospital Usansolo-Galdakao, Galdakao, España.

Introducción: En el servicio de Neumología del Hospital Universitario Galdakao-Usansolo se observa un número importante de ingresos por agudización asmática. Este hecho nos lleva a analizar una serie de variables clínicas asociadas al control de la enfermedad del asma. En consecuencia, nos planteamos los siguientes objetivos: evaluar las variables asociadas al mal o buen control del asma medida

	ACT <20 N (%)	≥20 N (%)	P-valor
Total	93 (51.96)	86 (48.04)	
Datos clínicos			
Sexo (Varón)	31 (33.33)	26 (30.23)	0.6564
IMC*	29.71 (6.74)	29.02 (6.45)	0.3824
Edad*	57.06 (14.18)	56.29 (14.67)	0.8932
Nivel de estudios			0.0166
Primarios	71 (76.34)	51 (59.30)	
Medios	14 (15.05)	15 (17.44)	
Superiores	8 (8.60)	20 (23.26)	
Situación laboral			0.0383
Activo	39 (41.94)	45 (52.33)	
Paro	10 (10.75)	8 (9.30)	
Jubilado	29 (31.18)	30 (34.88)	
Incapacidad laboral	15 (16.13)	3 (3.49)	
En caso de incapacidad laboral, ¿es por	10 (66.67)	0 (0)	0.0686
asma? (Sí)			0.0045
Actividad física			
Nula	7 (7.53)	1 (1.16)	
Escasa	36 (38.71)	19 (22.09)	
Regular	39 (41.94)	45 (52.33)	
Intensa	11 (11.83)	21 (24.42)	
Tabaco			0.7408
Nunca	48 (51.61)	45 (52.33)	
Ex fumador	31 (33.33)	25 (29.07)	
Fumador activo	14 (15.05)	16 (18.60)	
Indice de Charlson	1 [1-1]	1 [1-1]	0.9634
Comorbilidades asociadas al asma			
Rinitis/poliposis nasal	30 (32.26)	34 (39.53)	0.3102
Alergias a neumoalérgenos	23 (24.73)	35 (40.70)	0.0226
Polen	14 (15.38)	14 (16.28)	0.8705
Epitelios	6 (6.59)	16 (18.60)	0.0155
Hongos	0 (0)	1 (1.16)	0.4859
Acaros	15 (16.48)	26 (30.23)	0.0302
Otros	1 (1.12)	5 (5.81)	0.1135
Intolerancia/alergia AAS o AIINES	3 (3.23)	0 (0)	0.2469
ERGE	13 (13.98)	2 (2.33)	0.0049
SAHS	14 (15.05)	6 (6.98)	0.0866
Obesidad	30 (32.26)	21 (24.42)	0.2457
Aniedad	41 (44.09)	16 (18.60)	0.0003
Depresión	20 (21.51)	6 (6.98)	0.0058
Adhesión al tratamiento*	76.69 (30.16)	73.57 (34.43)	0.5088
Clasificación de asma			<0.0001
Intermitente	0 (0)	3 (3.49)	
Persistente leve	0 (0)	4 (4.65)	
Persistente moderada	14 (15.05)	36 (41.86)	
Persistente grave	79 (84.95)	43 (50.00)	
Nº agudizaciones año previo			0.0897
0	44 (47.31)	53 (61.63)	
1	32 (34.41)	18 (20.93)	
≥ 2	17 (18.28)	15 (17.44)	
Automanejó			0.1908
0	87 (93.55)	78 (90.70)	
1	6 (6.45)	5 (5.81)	
≥ 2	0 (0)	3 (3.49)	
MAP			0.5979
0	86 (92.47)	81 (94.19)	
1	3 (3.23)	3 (3.49)	
≥ 2	4 (4.30)	2 (2.33)	
PAC			0.3048
0	87 (93.55)	76 (88.37)	
1	4 (4.30)	7 (8.14)	
≥ 2	2 (2.15)	3 (3.49)	
Urgencias hospital			0.1531
0	64 (68.82)	71 (82.56)	
1	19 (20.43)	9 (10.47)	
≥ 2	10 (10.76)	6 (6.98)	
Ingreso hospitalario			0.0930
0	72 (77.42)	76 (88.37)	
1	17 (18.28)	8 (9.30)	
≥ 2	4 (4.31)	2 (2.33)	
Cuestionarios			
HAD			
Ansiedad*	9.83 (4.61)	5.98 (3.46)	<0.0001
Ansiedad			<0.0001
0-7	29 (37.18)	61 (74.39)	
8-10	13 (16.67)	11 (13.41)	
>10	36 (46.15)	10 (12.20)	
Depresión*			
Depresión	7.73 (5.01)	3.09 (2.63)	<0.0001
Depresión			<0.0001
0-7	44 (56.41)	73 (89.02)	
8-10	15 (19.23)	9 (10.98)	
>10	19 (24.36)	0 (0)	
Mini AQLQ			
Total*	3.77 (1.28)	5.86 (0.97)	<0.0001
Symptoms*	3.66 (1.31)	5.98 (0.91)	<0.0001
Enviromental Stimuli*	3.81 (1.61)	5.38 (1.48)	0.0010
Emotional function*	3.96 (1.66)	6.15 (1.22)	<0.0001
Activity limitation*	3.76 (1.59)	5.81 (1.24)	<0.0001

*) Frecuencia (Porcentaje). *Resultados mostrados como media (desviación estándar). #Resultados mostrados mediante mediana (rango intercuartil).

Tabla 1. Comunicación 605. Diferencias entre los pacientes con un buen y mal control del asma según el cuestionario ACT.

por el cuestionario Asthma Control Test (ACT). Evaluar la asociación del control del asma con la ansiedad y depresión.

Material y métodos: Se incluyen de forma consecutiva 182 pacientes asmáticos de todos los niveles de gravedad (según la clasificación de la guía GEMA) valorados en consultas de Neumología durante el año 2019. Se realizó un análisis descriptivo y asociación del cuestionario ACT con las variables clínicas y cuestionarios de calidad de vida específico para asma (Mini-AQLQ), ansiedad y depresión (HAD); en forma de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y mediante medias y desviaciones estándar para las variables continuas.

Resultados: Pacientes incluidos: 68,13% con asma persistente grave, 28,02% con asma persistente moderada y 3,85% con asma persistente leve e intermitente. El mal control del asma se asocia con las siguientes variables: un nivel más básico de estudios; la situación laboral (pareciendo relacionarse con estar en paro o en incapacidad laboral); un menor nivel de actividad física; la presencia de sensibilización alérgica a neumoalérgenos (en especial a epitelios de animales o ácaros); la enfermedad por reflujo gastroesofágico; la ansiedad; la depresión y la clasificación del grado de gravedad del asma.

Conclusiones: El mal control del asma se asocia a la ansiedad y depresión, tanto autorreferidos o diagnosticados, como objetivados por puntuación en HAD. Asimismo, se asocia a una peor calidad de vida específica valorada por mini-AQLQ, objetivándose en una puntuación total y en todos los ámbitos valorados. Finalmente, el mal control del asma se asocia también a otras variables sociodemográficas y comorbilidades.

429. SISTEMA AUTOMATIZADO DE NOTIFICACIÓN DE ALERTAS (VISITAS A URGENCIAS/HOSPITALIZACIONES) EN PACIENTES CON ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO

Inmaculada Plasencia García, María José Castillo Méndez, Jose Carlos García Robaina, Irene de Lorenzo García, David Díaz Pérez, Elena Martín Ruiz de la Rosa, Jenifer González Chávez, Irene Jiménez Ormanzábal y Javier Hernández González

Hospital Universitario Ntra. Sra. Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción: Una detección precoz de exacerbaciones, efectos secundarios o toma de corticoides podrían ser de utilidad en el seguimiento de los pacientes con asma grave (AG). Por ello, desarrollamos un sistema automatizado de alertas en pacientes con AG en tratamiento biológico. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados obtenidos con esta herramienta.

Material y métodos: El Servicio de Tecnología de la Información creó una herramienta que registra como alertas las visitas a urgencias y/o hospitalizaciones de pacientes con AG (fig. 1). Para ello se seleccionaron los pacientes diagnosticados de asma grave en tratamiento biológico en el programa de dispensaciones del Servicio de Farmacia. Se genera una base de datos donde se incluye fecha, datos del paciente, un campo para indicar la resolución del caso (fig. 2) y un desplegable para indicar si el paciente se queda en seguimiento si persiste el acto clínico como un ingreso, finalizado cuando queda resuelto o anulado si se encuentra duplicado o la causa de la visita no tiene ninguna relación con el asma o con tratamientos asociados como los corticoides sistémicos. El farmacéutico del equipo multidisciplinar filtra las alertas y las comunica mediante registro en historia clínica o vía directa con enfermería o médicos.

Resultados: Se han detectado incidencias en 33 pacientes, sumando en total 46 incidencias desde la puesta en marcha de la herramienta en junio de 2022 hasta noviembre de 2022. De ellas, 15 se

anularon por duplicidad o por no tener relación con el asma, 5 se debieron a ingresos hospitalarios (1 en Pediatría y 4 en Neumología), 11 se debieron a visitas a urgencias por exacerbaciones (3 en pacientes pediátricos y 8 en adultos), 1 se debió a visitas a urgencias por posible toxicidad a omalizumab, 1 por intervención quirúrgica para extracción de pólipos nasales y 13 se debieron a otras causas: 3 por patología no respiratoria que precisó corticoides sistémicos, 3 por visitas con realización de test de antígenos para SARS-CoV-2, 1 por accidente donde se detectó incidencias en e-receta con su tratamiento inhalado, 1 por traumatismo en mama que podría conllevar consecuencias respiratorias, 1 por diagnóstico de tumor metastásico que implicó posterior suspensión del biológico y 4 sin datos en visitas a urgencias.

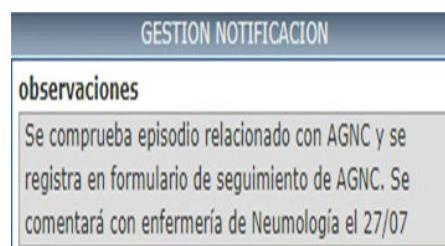


Figura 1. Comunicación 429. Sistema de alertas en pacientes con asma grave.



Figura 2. Comunicación 429. Ejemplo de resolución de incidencias.

Conclusiones: Esta herramienta ha permitido tener mayor información a tiempo real sobre exacerbaciones, hospitalizaciones, dosis de corticoides, toxicidad... quedando reflejado en la historia clínica o realizando una intervención precoz.

352. SUBTIPOS DE EOSINÓFILOS PRESENTES EN EL ESPUTO INDUCIDO DE PACIENTES CON ASMA PERSISTENTE: COMPARACIÓN ENTRE ASMA ALÉRGICA Y NO ALÉRGICA

Elena Curto Sánchez¹, Eder Fredy Mateus Medina¹, Astrid Crespo Lessmann¹, Rubén Osuna Gómez², Cristina Ujaldón Miró³, Alba García Moral⁴, Paula Galván Blasco⁵, David Ramos Barbón¹ y Vicente Plaza Moral¹

¹Servicio de Neumología y Alergia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, IIB Sant Pau, UAB, Barcelona, España. ²Unidad de Enfermedades Inflamatorias, IIB Sant Pau, Barcelona, España. ³Grupo de Inmunoterapia Celular y Terapia Génica (GITG), Laboratorio de Oncología, Hematología y Trasplantes del IIB Sant Pau, Barcelona, España. ⁴Unidad de Alergia Pediátrica, Sección de Alergia Pediátrica, Neumología Pediátrica y Fibrosis Quística, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España. ⁵Sección de Alergología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Introducción: Dos tipos de eosinófilos (inflamatorios y residentes) se han descrito en varios órganos, tanto en homeostasis como en

diferentes patologías. En el asma, los inflamatorios predominan en sangre de los pacientes alérgicos respecto a pacientes sin alergia y voluntarios sanos. En asmáticos alérgicos también es posible identificar dos poblaciones de eosinófilos en esputo inducido utilizando citometría de flujo y la expresión de CD66b y CD15.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con asma persistente en los que se recogieron datos clínicos, analítica, espirometría, fracción exhalada de óxido nítrico, prick test, test de control del asma y esputo inducido (E1). Los pacientes se consideraron alérgicos si presentaban *prick test* positivo o IgE específica elevada y síntomas tras la exposición, y se clasificaron en fenotipos de E1 en eosinofílicos, neutrofílicos, mixtos y paucigranulocíticos de acuerdo a las guías actuales. Mediante citometría de flujo se identificaron dos subtipos de eosinófilos: E1 (CD66b-high and CD15-high) y E2 (CD66b-low and CD15-low).

Resultados: Se recogieron 108 pacientes, 62 alérgicos y 46 no alérgicos cuyas características se muestran en la tabla. La figura compara la distribución de los subtipos de eosinófilos en la población total, y los pacientes alérgicos y no alérgicos en función del fenotipo. Todos los grupos mostraron ambas poblaciones de eosinófilos. E1 fue la población predominante en el asma eosinofílica y mixta. En el asma neutrofílica se observan diferencias a nivel de E1 entre pacientes alérgicos y no alérgicos que no alcanzan la significación estadística. E2 fue una población de menor cuantía en todos los grupos pero que se eleva en los pacientes con asma eosinofílica no alérgica.

Conclusiones: En asmáticos no alérgicos también es posible identificar dos poblaciones de eosinófilos en esputo inducido mediante la expresión de CD66b y CD15. Las diferencias encontradas entre el asma alérgica y no alérgica pueden tener implicaciones pronósticas y terapéuticas.

	Variables Media / frecuencia (SD/%)	Todos (n=108)	Asma alérgica (n=62)	Asma no alérgica (n=46)	p
Características generales	Edad (años)	55,72 (12,27)	51,40 (10,79)	61,54 (11,84)	0,000
	Género (mujer)	61 (56,5%)	29 (48,3%)	31 (67,4%)	0,049
	IMC (kg/m ²)	28,60 (5,36)	28,60 (5,52)	28,61 (5,19)	0,995
	Nunca fumadores	73 (67,5%)	42 (70%)	31 (67,4%)	0,918
	Dosis bajas ICS	30 (27,8%)	18 (29%)	12 (26,1%)	
	Dosis medias ICS	47 (43,5%)	28 (45,2%)	19 (41,3%)	0,741
	Dosis altas ICS	31 (28,7%)	16 (25,8%)	15 (32,6%)	
	Agudizaciones año previo	1,19 (1,05)	1,15 (1,55)	1,26 (1,43)	0,694
Comorbilidades	Prevalencia rinitis	68 (63%)	47 (75,8%)	21 (45,7%)	0,001
	Prevalencia poliposis	26 (24,1%)	16 (25,8%)	10 (21,7%)	0,625
Analítica	Eosinófilos SP (cel/mm ³)	340,8 (306,56)	352,5 (328,3)	324,8 (276,2)	0,651
	IgE total SP (UIL)	220,81 (351,87)	269,56 (415,38)	136,61 (175,67)	0,084
Función pulmonar	FEV1/FVC	66,80 (12,21)	67,50 (13,78)	66,88 (9,83)	0,479
	FEV1 (% ref.)	81,20 (21,64)	80,62 (22,34)	81,97 (20,87)	0,749
	FEV1 (L)	2,37 (0,88)	2,51 (0,87)	2,19 (0,88)	0,070
	FENO (ppb)	42,48 (35,94)	37,58 (32,03)	46,66 (39,14)	0,098
Cuestionario	ACT	19,44 (6,48)	18,82 (7,52)	20,43 (4,31)	0,378
Microscopía Esputo inducido (%)	Eosinófilos (%)	14,49 (19,71)	11,71 (16,48)	18,31 (23,10)	0,106
	Neutrófilos (%)	57,30 (19,88)	58,47 (18,60)	55,68 (21,63)	0,477
Poblaciones por citometría de flujo (%)	Eosinófilos totales	21,45 (25,07)	18,04 (22,38)	26,11 (27,92)	0,118
	E1	15,88 (21,15)	13,80 (19,60)	18,73 (23,02)	0,242
	E2	5,86 (8,95)	4,59 (6,47)	7,07 (11,35)	0,119
	Neutrófilos	59,42 (27,13)	64,36 (25,26)	52,57 (28,42)	0,027
Interleucinas en el sobrenadante (pg/ml)	IL-5	6,56 (4,44)	6,83 (4,80)	4,91	
	IL-4	11,77 (14,44)	15,50 (17,04)	7,01 (7,48)	0,044
	IL-13	7,94 (8,27)	8,77 (6,79)	6,85 (5,45)	0,242
	Ectaxina	12,96 (16,94)	15,33 (20,52)	9,87 (10,27)	0,249

Tabla 1. Comunicación 352. Comparación entre asma alérgica y no alérgica.

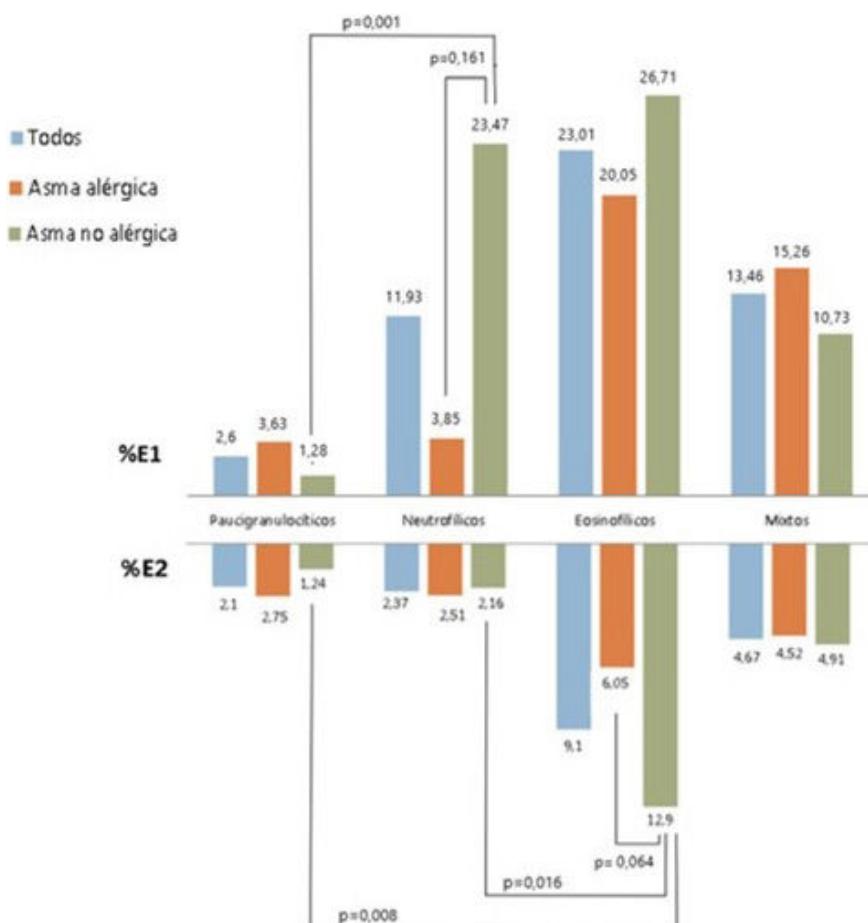


Figura 1. Comunicación 352. Distribución de las dos poblaciones de eosinófilos descritas, E1 y E2, en los diferentes fenotipos inflamatorios bronquiales.

230. TOS CRÓNICA EN PACIENTES CON CANVAS (CEREBELLAR ATAXIA WITH NEUROPATHY AND BILATERAL VESTIBULAR AREflexia SYNDROME).

RESULTADOS PRELIMINARES

Esther Palones Femenia¹, Elena Curto Sánchez¹, Lidia González Quereda², Pia Gallano Petit², Luis Querol Gutiérrez³, Federico Bertoletti⁴, María Jose Rodríguez Fernández², Alba Segarra Casas² y Astrid Crespo Lessmann¹

¹Servicio de Neumología y alergia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ²Servicio de Genética, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. IIB Sant Pau. CIBERER, Barcelona, España. ³Unidad de enfermedades Neuromusculares, Servicio de Neurología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ⁴Servicio de Patología Digestiva, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción: CANVAS es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva por expansión bialélica AAGGG en RFC1 y excepcionalmente por heterocigosis compuesta de AAGGGexp y una mutación puntual. Se caracteriza por la combinación de ataxia tardía progresiva, neuropatía sensitiva y arreflexia vestibular bilateral. También cursa frecuentemente con tos crónica (TC) como pródromo. Objetivo: conocer las características clínico-funcionales de la TC en los pacientes con CANVAS y su posible relación con el reflujo gastro-esofágico (RGE).

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo piloto preliminar de pacientes con TC y CANVAS provenientes de las consultas de Neumología de un hospital de tercer nivel, donde habían sido derivados para el estudio de TC desde las consultas de Neurología. En

todos los pacientes se disponía de una confirmación genética por la expansión bialélica AAGGG en RFC1. Se realizaron los estudios pertinentes para el diagnóstico de TC según las recomendaciones de la European Respiratory Society y los cuestionarios Leicester Cough Questionnaire, EQ-5D-5L, Cough Severity Diary y Discrete Emotions Questionnaire. El RGE fue valorado subjetivamente por los síntomas referidos del paciente y objetivamente por pHmetría y/o manometría esofágica.

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes. De estos, el 37,5% eran mujeres y la edad media fue de 64,1 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron la clínica de RGE (75%), la rinitis (47,6%) y las apneas obstructivas del sueño (14,3%). En el 100% de los casos estudiados la TC era de tipo no productiva y apareció varios años antes del inicio de síntomas neurológicos (14,4 años de media). La edad media de inicio de síntomas neurológicos fue a los 51,1 años, la edad media de inicio de la TC fue a los 36,9 años y la duración media de la TC de 27,3 años. Las variables funcionales e inflamatorias se muestran en la tabla 1, destacando que a los tres únicos pacientes que de momento se les ha realizado una manometría esofágica mostraron alteraciones. Las puntuaciones medias de los cuestionarios se muestran en la tabla 2.

Conclusiones: La TC no productiva de largo tiempo de evolución parece ser un pródromo característico del CANVAS y podría permitir su diagnóstico temprano. La aparición de TC en estos pacientes podría estar relacionada con trastornos precoces de la motilidad esofágica y el RGE. Se necesita completar la muestra para llegar a conclusiones más sólidas.

Agradecimientos: este proyecto contó con el soporte de una SEPAR 2020 y una beca becario SOCAP 2022.

Pruebas complementarias	
Radiografía de tórax alterada, n (%)	1 (20%)
TAC torácico alterado, n (%)	2 (40%)
FEV1/FVC (desv.)	75,2 ($\pm 7,1$)
FEV1, % (desv.)	100,5 ($\pm 13,4$)
FVC, % (desv.)	102,1 ($\pm 7,3$)
PBD positiva, n (%)	1 (16,7%)
FeNO, ppd (desv.)	67 (.)
Eosinófilos, $\times 10^9/L$ (desv.)	242,5 (± 291)
IgE, kU/L (desv.)	63,5 ($\pm 53,7$)
Prueba cutánea neumoalérgenos positiva, n (%)	2 (33,3%)
pH metría:	
RGE, n (%)	1 (50%)
Aclorhidria, n (%)	1 (50%)
Manometría:	
50% o más de ondas ineficaces, n (%)	1 (33,3%)
Motilidad esofágica ineficaz, n (%)	2 (66,7%)

CANVAS: Cerebellar Ataxia with Neuropathy and bilateral Vestibular Areflexia Syndrome; TAC: tomografía axial computarizada; FEV1: volumen expirado máximo en el 1er minuto; FVC: capacidad vital forzada; PBD: prueba broncodilatadora

Tabla 1. Comunicación 230. Variables funcionales e inflamatorias en pacientes con tos crónica y síndrome CANVAS.

Leicester Cough Questionnaire			Discrete Emotions Questionnaire		
	Puntuación	Mejor - Peor		Puntuación	Mejor - Peor
Dominio físico	5 ($\pm 1,5$)	7 - 1	Dominio enfado	3 ($\pm 1,9$)	1 - 7
Dominio psicológico	3,2 (± 1)	7 - 1	Dominio asco	1,9 ($\pm 1,1$)	1 - 7
Dominio social	4,3 ($\pm 1,7$)	7 - 1	Dominio miedo	2,8 ($\pm 1,8$)	1 - 7
Total	12,6 ($\pm 3,4$)	21 - 3	Dominio ansiedad	3,5 (1,6)	1 - 7
EQ-5D-5L			Dominio tristeza	2,5 ($\pm 1,8$)	1 - 7
Total	0,8 ($\pm 0,1$)	1 - 0	Dominio deseo	1,8 ($\pm 0,8$)	1 - 7
VAS	63,8 (± 13)	100 - 0	Dominio Relajación	1,9 ($\pm 1,1$)	1 - 7
Cough Severity Diary			Dominio Felicidad	1,9 ($\pm 2,1$)	1 - 7
Total	3,8 ($\pm 1,8$)	0 - 10			

Leicester Cough Questionnaire: impacto de la tos sobre los dominios físico, psicológico y social; EQ-5D-5L: calidad de vida relacionada con la salud; Cough Severity Diary: gravedad de la tos; Discrete Emotions Questionnaire: impacto emocional de la tos.

Tabla 2. Comunicación 230. Puntuaciones medias de los cuestionarios utilizados para valorar la tos en los pacientes.

229. TOS CRÓNICA Y CANVAS (CEREBELLAR ATAXIA WITH NEUROPATHY AND BILATERAL VESTIBULAR AREFLEXIA SYNDROME). SCREENING DE MUTACIONES EN LA SUBUNIDAD 1 DEL COMPLEJO DEL FACTOR DE REPLICACIÓN (RFC1) EN PACIENTES CON TOS CRÓNICA. RESULTADOS PRELIMINARES

Esther Palones Femenia¹, Elena Curto Sánchez¹, Lidia González Quereda², Pia Gallano Petit², Luis Querol Gutiérrez³, Federico Bertolletti⁴, María Jose Rodríguez Fernández², Alba Segarra Casas² y Astrid Crespo Lessmann¹

¹Servicio de Neumología y alergia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ²Servicio de Genética, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, IIB Sant Pau. CIBERER, Barcelona, España. ³Unidad de enfermedades Neuromusculares, Servicio de Neurología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ⁴Servicio de Patología Digestiva, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción: La tos crónica (TC) es un motivo de consulta frecuente en Neumología. CANVAS (Cerebellar Ataxia with Neuropathy and bilateral Vestibular Areflexia Syndrome) es una enfermedad neurológica hereditaria (generalmente por expansión bialélica AAGGG en RFC1, excepcionalmente por heterocigosis compuesta de AA-GGGexp y una mutación puntual), progresiva e invalidante que cursa frecuentemente con TC como pródromo. Objetivos: determinar la presencia de la expansión bialélica AAGGG en RFC1 en pacientes con TC, describir sus características fenotípicas, funcionales e inflamatorias y valorar la utilidad de la prueba del diapasón Rydel-Seiffer para la detección precoz del CANVAS.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo piloto preliminar de pacientes con TC, no fumadores, provenientes de las consultas de Neumología de un hospital de tercer nivel. A todos los pacientes se les realizaron los estudios pertinentes para el diagnóstico de TC según las recomendaciones de la European Respiratory Society. También se realizó la prueba del diapasón de Rydel-Seiffer y los cues-

Pruebas complementarias		
Estudio genético CANVAS positivo:		
-Homocigoto AAGGGexp/AAGGGexp (alelo3/alelo3), n (%)	2 (11,8%)	
Estudio genético CANVAS portador:		
-Heterocigoto AAAGGexp/AAGGGexp (alelo2/alelo3), n (%)	1 (4,7%)	
-Heterocigoto AAAAGexp/AAGGGexp (alelo1/alelo3), n (%)	1 (4,7%)	
Diapasón Rydel-Seiffer alterado, n (%)	3 (27,3%)	
TAC torácico alterado, n (%)	11 (52,4%)	
FEV1/FVC (desv.)	74,2 ($\pm 10,3$)	
FEV1, % (desv.)	102 ($\pm 18,3$)	
FVC, % (desv.)	106 ($\pm 19,9$)	
Prueba cutánea neumoalérgenos positiva, n (%)	2 (9,5%)	
FeNO, ppd (desv.)	18,6 ($\pm 10,3$)	
Esofinófilos, $\times 10^9/L$ (desv.)	284,2 ($\pm 176,8$)	
IgE, kU/L (desv.)	56,3 ($\pm 96,5$)	
pH metría con RGE, n (%)	4 (40%)	
Manometría:		
50% o más de ondas ineficaces, n (%)	4 (40%)	
Motilidad esofágica ineficaz, n (%)	2 (20%)	

CANVAS: Cerebellar Ataxia with Neuropathy and bilateral Vestibular Areflexia Syndrome; TAC: tomografía axial computarizada; FEV1: volumen expirado máximo en el 1er minuto; FVC: capacidad vital forzada; PBD: prueba broncodilatadora; FeNO: fracción espiratoria de óxido nítrico.

Tabla 1. Comunicación 229. Características funcionales e inflamatorias de los pacientes con tos crónica (TC).

Leicester Cough Questionnaire			Discrete Emotions Questionnaire		
	Puntuación (desv.)	Mejor - Peor		Puntuación (desv.)	Mejor - Peor
Dominio físico	5,1 (± 2)	7 - 1	Dominio enfado	3,4 ($\pm 1,7$)	1 - 7
Dominio psicológico	4,7 ($\pm 1,7$)	7 - 1	Dominio asco	2,5 ($\pm 1,4$)	1 - 7
Dominio social	4,5 ($\pm 1,5$)	7 - 1	Dominio miedo	2,3 ($\pm 1,2$)	1 - 7
Total	14,4 ($\pm 3,6$)	21 - 3	Dominio ansiedad	3,4 (1,6)	1 - 7
EQ-5D-5L			Dominio tristeza	2 ($\pm 1,4$)	1 - 7
Total	0,8 ($\pm 0,2$)	1 - 0	Dominio deseo	1,6 ($\pm 0,8$)	1 - 7
VAS	71,5 (± 15)	100 - 0	Dominio Relajación	2,3 ($\pm 1,6$)	1 - 7
Cough Severity Diary			Dominio Felicidad	1,5 ($\pm 1,3$)	1 - 7
Total	3 (± 2)	0 - 10			

Leicester Cough Questionnaire: impacto de la tos sobre los dominios físico, psicológico y social; EQ-5D-5L: calidad de vida relacionada con la salud; Cough Severity Diary: gravedad de la tos; Discrete Emotions Questionnaire: impacto emocional de la tos.

Tabla 2. Comunicación 229. Puntuaciones medias de los cuestionarios utilizados para valorar la tos en los pacientes.

cionarios Leicester Cough Questionnaire, EQ-5D-5L, Cough Severity Diary y Discrete Emotions Questionnaire. Se obtuvo una muestra de sangre para su análisis genético a través de dos técnicas: amplificación mediante PCR estándar con primers flanqueantes del gen RFC1 y amplificación mediante Repeated Primed PCR en 3 reacciones independientes.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes. La expansión bialélica AAGGG en RFC1 fue positiva en el 11,8% y se encontraron otras mutaciones bialélicas heterocigotas en el 11,8%. Se detectó una alteración relevante de la prueba del diapasón en el 27,3% que requirió derivación a Neurología, pero ninguna de las alteradas fue en los pacientes CANVAS. El 66,7% eran mujeres y la edad media fue

69,7 años. La duración media TC fue 9,6 años y tipo no productiva en el 66,7%. Las comorbilidades más frecuentes fueron reflujo gástrico-esofágico (61,9%) y rinitis (47,6%). Los resultados de las pruebas complementarias se muestran en la tabla 1 y las puntuaciones medios de los cuestionarios en la tabla 2.

Conclusiones: La detección de la expansión bialélica AAGGG en RFC1 en pacientes con TC no es despreciable. Su detección puede permitir el diagnóstico de una enfermedad neurológica antes de la aparición de síntomas invalidantes y su uso como cribado podría plantearse en la práctica clínica habitual de estos pacientes.

Agradecimientos: este proyecto cuenta con el soporte de una beca SEPAR 2020 y una beca becario SOCAP 2022.

717. TRATAMIENTO BIOLÓGICO DEL ASMA GRAVE DURANTE LA GESTACIÓN: EXPERIENCIA EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ASMA Y EMBARAZO

Diana Ramos Apoyala¹, M. Auxiliadora Romero Falcón¹, Ana Gómez-Bastero Fdez², Cristina Benito Bernáldez², Belén Muñoz Sánchez¹, Lutgardo García Díaz³, Juan Francisco Medina Gallardo¹, M. Victoria Maestre Sánchez⁴ y Francisco Javier Álvarez Gutiérrez¹

¹UMQER, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España. ²UGC Neumología, Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España. ³Unidad de Medicina Fetal, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España. ⁴Subdirección de Farmacia, SAS, Sevilla, España.

Introducción: Son pocos los estudios disponibles sobre la seguridad del uso de anticuerpos monoclonales durante el embarazo. Hemos analizado en una consulta monográfica, el uso de terapia con biológicos en una muestra de gestantes asmáticas graves.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de un grupo de mujeres asmáticas en seguimiento durante la gestación. En el grupo de embarazadas con diagnóstico de asma bronquial grave, se han analizado aquellas a las que se les había administrado terapia biológica en algún momento de la gestación o durante todo el embarazo, así como su relación con alteraciones de biometría fetal, peso del recién nacido y test de Apgar. Se recogió la evolución del asma y la repercusión fetal e infantil en cada uno de los embarazos en los que se constató exposición a algún anticuerpo monoclonal.

Resultados: De un total de 140 embarazadas asmáticas, un 42% estaban diagnosticadas de asma grave, en seguimiento previo por la Unidad de Asma de difícil control. En un subgrupo de 13 pacientes se constató, en algún momento del embarazo, exposición a algún anticuerpo monoclonal, con una edad media de 33 años ($\pm 6,3$). En 10 casos se recogió exposición a omalizumab, y en 3 pacientes administración de mepolizumab de al menos una dosis en algún momento de la gestación. La dosis máxima recibida fue de 8 para omalizumab y 7 para mepolizumab. En dos pacientes se mantuvo tratamiento durante todo el periodo gestacional, una embarazada con omalizumab y la otra recibió tratamiento con mepolizumab hasta el alumbramiento. Este último fue en 8 pacientes por parto natural y en 5 pacientes tras cesárea. En todas las pacientes incluidas se mantuvo seguimiento estrecho durante la gestación por la Unidad de Asma y por la Unidad del Alto Riesgo de Obstetricia. No se observaron diferencias en biometría fetal ni peso del recién nacido. No hubo evidencia de un mayor riesgo de anomalías congénitas mayores entre las mujeres embarazadas expuestas a los monoclonales en comparación.

Conclusiones: Al igual que en otros estudios previos de terapia biológica administrado a un número limitado de embarazadas, no hemos objetivado aparente aumento en la frecuencia de malforma-

ción fetal. La falta de datos de seguridad de estos fármacos determina que la decisión de utilizarlos debe ser abordada de forma individualizada y consensuada en cada caso, dependiendo de la situación clínica y de los beneficios y riesgos potenciales para madre, feto y recién nacido.

288. TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ASMA GRAVE PERSISTENTE

Edurne Echevarría Guerrero¹, Jone Solorzano Egurbide¹, Imanol González Muñoz¹, Laura Cortezón Garcés¹, Teresa Bretos Dorronsoro¹, Elena Garay Llorente¹, Joseba Andia Iturrate¹, Milagros Iribarri Pascual¹, Silvia Pérez Fernández², Lide Alaña Rodrigo², Ana Gómez Larrauri¹ y Nuria Marina Malanda¹

¹Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, España. ²Biocruces, Vizcaya, España.

Introducción: El asma grave (AG) conlleva más agudizaciones, peor función pulmonar y mayores efectos secundarios asociados al uso prolongado de glucocorticoides (GC). La introducción de los fármacos biológicos dirigidos frente a los diferentes fenotipos de asma, ha supuesto una alternativa eficaz en el control de estos pacientes. Objetivo: conocer las características clínicas y la evolución al año de tratamiento con biológicos de los pacientes con AG que realizan seguimiento en la consulta monográfica en el H. U. Cruces.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con AG y tratamiento biológico. Recogida de: datos antropométricos; comorbilidades, fenotipo de asma, pruebas funcionales respiratorias y de alergias. Tratamiento inhalador utilizado, uso de GC orales y tipo de biológico. Datos bioquímicos (niveles de IgE y número máximo de eosinófilos); valor de ACT y número de agudizaciones e ingresos al inicio y al año de tratamiento.

Resultados: Se han recogido un total de 100 pacientes, cuyas características generales se reflejan en la tabla 1. 64 mujeres frente a 36 hombres cuya edad e IMC medio fueron 51 y 27 respectivamente. En la figura se muestran las principales comorbilidades asociadas. El 60% presentaban enfermedad por reflujo gastroesfágico (ERGE) y un gran porcentaje patología de vía aérea superior (rinitis 73% y poliposis 45%). El 38% tomaba GC orales previo a la introducción del biológico. Los datos tras el primer año de tratamiento con el fármaco biológico se reflejan en la tabla 2. Se observó una mejoría del 8% en el FEV1 y una reducción del 38% en el FeNO. Asimismo, se apreció una disminución del 88% de las agudizaciones y del 93% de los ingresos en los pacientes que presentaban ≥ 3 al año. Hubo una reducción significativa (55%) en el número de pacientes que precisaban GC orales para control de la enfermedad.

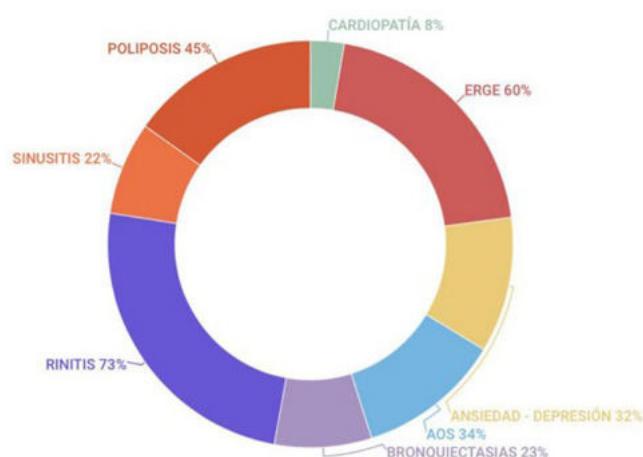


Figura 1. Comunicación 288. Principales comorbilidades asociadas al paciente con AG en tratamiento biológico.

VARIABLES	N = 100
SEXO	
HOMBRE	36 (36%)
MUJER	64 (64%)
EDAD MEDIA (años)	51 [44;63]
IMC MEDIO (Kg/m²)	27 [23;30]
TABAQUISMO ACTIVO	
NO	100 (100)
SI	0 (0%)
PRICK TEST POSITIVO	67 (67%)
TIPO DE ASMA	
T2 ALÉRGICO	51 (51%)
T2 EOSINOFÍLICO	42 (42%)
Asma + EPOC	7 (7%)
FÁRMACO BIOLÓGICO	
OMALIZUMAB	47 (47%)
MEPOLIZUMAB	19 (19%)
RESLIZUMAB	11 (11%)
BENRALIZUMAB	16 (16%)
DUPILUMAB	7 (7%)
LUGAR DE ADMINISTRACIÓN	
DOMICILIO	50 (50%)
HOSPITAL DE DÍA	50 (50%)
Nº DE PACIENTES CON CO PREVIO AL INICIO DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO	38 (38%)

Tabla 1. Comunicación 288. Características generales de los pacientes con AG en tratamiento con fármacos biológicos

Conclusiones: En su mayoría se trata de mujeres jóvenes, no fumadoras y con sobrepeso. Asocian mayor prevalencia de ERGE, patología de VAS, ansiedad-depresión y AOS, lo que puede influir en el control de la enfermedad. El uso de biológicos conlleva una notable disminución de las agudizaciones y de los ingresos hospitalarios. Aproximadamente la mitad de los pacientes con GC orales pudo retirarlos tras el inicio del tratamiento biológico.

259. TRATAMIENTO DEL ASMA QUE HA REQUERIDO INGRESO HOSPITALARIO

Jorge García Aragón, Juan Luis Rodríguez Hermosa, Celia Pinedo Sierra, Íñigo García-Peña Arrechea, Claudia Rodríguez Busto, Pedro José Adami Teppa, Xinyi Gao y Myriam Calle Rubio

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Introducción: El asma es una de las enfermedades respiratorias más frecuentes a nivel mundial, con una gran repercusión sobre la calidad de vida de los pacientes. Aquellos con mal control de la en-

	INICIO DEL TRATAMIENTO	AL AÑO	p-valor
ACT	15.0 [11.0;19.6]	22.0 [17.0;24.0]	<0.001
FEV 1 (ml)	2020 [1400;2480]	2190 [1885;2695]	<0.001
FeNo (ppm)	37.0 [18.2;62.8]	23.0 [17.0;44.0]	NS
AGUDIZACIONES			
<3	28 (29.8%)	76 (90.5%)	<0.001
≥ 3	66 (70.2%)	8 (9.52%)	NS
INGRESOS			
< 3	80 (85.1%)	87 (98.9%)	0.001
≥ 3	14 (14.9%)	1 (1.14%)	NS
Nº DE PACIENTES CON CO	38 (38%)	17 (17%)	0.002
DOSIS TOTAL CI (mg)	1000 [800;1280]	960 [630;1280]	<0.001
Nº TOTAL EOS (m³/dL)	450 [300;700]	70.0 [15.0;230]	<0.001
NIVELES IGE (kU/L)	295 [105;573]	296 [126;776]	NS

Tabla 2. Comunicación 288. Seguimiento de los pacientes con AG tras 1 año de tratamiento con el fármaco biológico.

fermedad tienen incrementado el riesgo de exacerbaciones, las visitas a urgencias y las hospitalizaciones. La hospitalización por exacerbación asmática representa una buena oportunidad para revisar el tratamiento de mantenimiento y optimizarlo.

Material y métodos: Se revisaron todos los ingresos codificados como exacerbación asmática en un hospital de tercer nivel desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2021. Se analizó su tratamiento de mantenimiento y el escalón terapéutico en el que se encontraban de acuerdo con la guía GEMA 5.2.

Resultados: N = 75. Un 20% de los pacientes utilizaban agonista β-2 adrenérgico de acción corta (SABA) a demanda, un 4% corticoide inhalado (CI) en monoterapia, un 33,3% doble terapia basada en CI y agonista β-2 adrenérgico de acción larga (LABA), un 10,7% la doble terapia anterior y un antileucotrieno (ALRT), un 6,7% triple terapia basada en CI, LABA y anticolinérgico de acción larga (LAMA), un 16% la triple terapia anterior y ALRT, un 4% doble terapia basada en LABA Y LAMA y hasta un 5,3% de los pacientes no usaban ningún tratamiento para el asma, ni a demanda ni de mantenimiento. El 30,7% manejaba dosis altas de CI, un 30,7% dosis medias y un 9,3% dosis bajas. El 6,7% había estado con corticoide oral de mantenimiento y la dosis media diaria

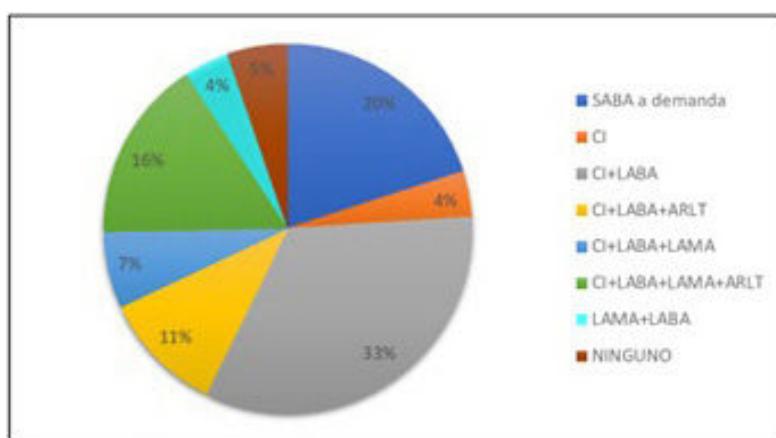


Figura 1. Comunicación 259. Tratamiento del asma previo a la hospitalización.

(DE) fue de 11,3 (3,96) miligramos. En pacientes con triple terapia inhalada con o sin ALRT y/o corticoide oral de mantenimiento y/o CI a dosis altas, solo 6 estaban o habían estado con tratamiento biológico previamente. Hasta el 34,5% de este subgrupo había utilizado OCD.

Conclusiones: Un porcentaje importante de los pacientes hospitalizados por crisis asmática están probablemente infratratados. Muchos pacientes no tienen CI en su tratamiento habitual para el asma o tienen dosis bajas y un número elevado no tiene ningún tipo de tratamiento inhalado. En los casos más graves existe un porcentaje bajo de uso de fármacos biológicos.

459. UTILIDAD DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL EN UNA CONSULTA DE ASMA GRAVE

Cleofé Fernández Aracil¹, María José Zamora Muñoz², Francisca Gregori Matos³, María Rodríguez Aguilal³, María del Mar García Ródenas¹, María de los Ángeles Martínez García¹ y Jose M. León Ramírez¹

¹Servicio Neumología, Hospital General Universitario Dr. Balmis, ISABIAL, Alicante, España. ²Unidad Especializada de Asma, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España. ³Máster de la Universidad Miguel Hernández, Alicante, España.

Introducción: La valoración de la comorbilidad de la esfera psicoafectiva en los pacientes con asma grave es una recomendación reiterada en todas las guías clínicas, aunque su implementación en la práctica es casi inviable por la dificultad en la inclusión de los psiquiatras o psicólogos en las unidades multidisciplinares de asma grave. Existe poca evidencia de la utilidad de la intervención grupal en este tipo de pacientes. El objetivo principal de nuestro estudio fue comprobar si un programa de intervención psicológica grupal *online* sistematizado podría contribuir a mejorar el control de la enfermedad asmática.

Material y métodos: Estudio cuasiexperimental con medidas pre-postratamiento dentro de un programa de intervención psicológica grupal, aplicado a todos los pacientes atendidos en la Unidad Especializada de Asma del HGUA que quieran participar. Se realizan medidas de variables psicológicas al inicio y al final del programa, además del seguimiento a los 6 y 12 meses. Las variables psicológicas incluyen síntomas de ansiedad, depresión (medidas mediante la escala HADS) y alexitimia (medida por la escala TAS-20), síndrome de hiperventilación (medido por el cuestionario de Nijmegen), apoyo social percibido (medido por la escala de DUKE), funcionamiento familiar (medido por el test de APGAR) y calidad de vida (medida con el cuestionario Mini-AQLQ). Asimismo se compara el ACT (Asthma Control Test) antes y después de la intervención psicológica.

Resultados: El 44% (69/156) de los pacientes rechazó una valoración psicológica, el 32% (50/156) solo aceptó una terapia individual y el 24% (37/156) aceptó participar en la terapia grupal. Entre abril de 2021 y junio de 2022, 29 pacientes han completado terapia psicológica grupal, con una edad media de $52,8 \pm 11,5$ años (24-70) y un 75,9% de mujeres. El 69% (20/29) tenían estudio secundarios o superiores. La tabla muestra la proporción de resultados considerados como claramente sintomáticos de los distintos test, antes y después de la intervención (entre paréntesis las puntuaciones medias y su significación).

	PRE	POST	P
TAS 20 \geq 61	27,6% (52,7±12,1)	27,6% (53,4±12,8)	0,77 (0,73)
DUKE <32	72% (27,3±13,4)	69% (26,8±12,1)	0,97 (0,7)
APGAR <4	17% (6,6±3,1)	21% (6,4±3,3)	0,97 (0,57)
HAD Depresión \geq 11	24% (9,2±5,5)	10% (7,1±4,5)	0,28 (0,2)
HAD Ansiedad \geq 11	66% (12,2±4,7)	48% (9,9±4,8)	0,28 (0,000)
Nijmegen \geq 23	59% (26,1±9,5)	52% (22,9±11,5)	0,79 (0,039)
AQLQ	61,1±22,2	65,5±23,3	0,1
ACT \leq 19	62% (16,8±5,56)	69% (17,5±4,7)	0,78 (0,34)

Tabla 1. Comunicación 459.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes de nuestra consulta puntúan en ansiedad e hiperventilación crónica. De forma precoz, una intervención psicológica grupal sistematizada mejora las puntuaciones obtenidas en estas variables, aunque no está claro si ello impacta en una mejoría de la sintomatología asmática.

Proyecto becado por ISABIAL, convocatoria 2021.

735. UTILIDAD DE LA PRUEBA DE PROVOCACIÓN CON MANITOL Y OSCILOMETRÍA DE IMPULSOS EN PACIENTES CON CLÍNICA DE ASMA PERO PROVOCACIÓN CON METACOLINA NEGATIVA

Jose Belda Ramírez¹, Fernando Sánchez Toril López², Ana Álamo Pardo³ y Lydia Sevillano Folgado³

¹Hospital Arnau de Vilanova, Universidad Católica de Valencia, Valencia, España. ²Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España.

³FISABIO, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España.

Introducción: Muchos pacientes, habitualmente mujeres de edad media, sin antecedentes previos de asma, sin evidencia de obstrucción en la espirometría, ni reversibilidad, ni otros datos típicos de asma y con radiografías aparentemente normales acuden a las consultas de neumología con clínica compatible con asma. Se les solicita una prueba de provocación con metacolina que en muchos casos resulta negativa por lo que no se confirma el diagnóstico de asma. A pesar de ello, se acostumbra a mantener dicho diagnóstico y tratarlos como tal. Sin embargo, estos pacientes tienen alguna patología que permanece sin diagnosticar y, por lo tanto, no es correctamente manejada y no responde al tratamiento antiasmático. El objetivo de este estudio es valorar la utilidad de utilizar la oscilometría de impulsos (OIT) y la prueba de provocación con manitol como complemento en el diagnóstico de estos pacientes.

Material y métodos: Se seleccionaron pacientes con clínica compatible con asma en el último año (2021) que presentaron una prueba de provocación bronquial con metacolina negativa. Se les realizó una OIT basal 5-11-19 Mhz y a continuación una provocación con manitol (Osmohale®) con 9 dosis en capsulas, monitorizando la respuesta con OIT PRSN y se consideró positivo un aumento en la R5Mhz superior al 140%. El proceso diagnóstico se completó con TAC para TEP, bronquiectasias, infiltrados o bronquiolitis del fumador, antecedentes de un diagnóstico y tratamiento recibido para las cardiopatías, oscilometría de impulsos con obstrucción inspiratoria sin alteración espiratoria junto diagnóstico de ansiedad (obstrucción laríngea inducible OLI).

Resultados: Se reclutaron un total de 14 pacientes edad media 54 (rango 32-75) años con 2H-12M. De los 14 pacientes 4 (29%) resultaron positivos al manitol (dos de ellos la metacolina fue negativa con un FEV1 de -19%) luego fueron considerados asmáticos, otros 4 (29%) presentaban obstrucción inspiratoria y ansiedad compatible con OLI, 2 (14%) tenían antecedentes y diagnóstico de cardiopatía, 2 (14%) bronquiectasias/bronquiolitis, 1 (7%) tenía TEP crónico y finalmente 1 (7%) infiltrados pulmonares en estudio. La IOT + manitol diagnóstico directamente 8 casos (57%) y mostró lesión pequeña vía en 9 (64%).

Conclusiones: Los pacientes con clínica asmática y prueba de provación con metacolina negativa, aparte de los posibles falsos negativos, tienen diversas enfermedades cuyo manejo difiere del asma. La oscilometría combinada con el manitol permite mejorar el diagnóstico de algunos de estos pacientes.

702. VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN EL PACIENTE ASMÁTICO GRAVE CON TRATAMIENTO BIOLÓGICO

Milangela Rodríguez Valdivieso, Inés Escribano Gimeno,
Carlos Rodríguez Alonso, Carlos Rubio Otaola,
Rosa López de Sagredo Paredes y María Teresa Ramírez Prieto

Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, España.

Introducción: En pacientes con asma grave no controlada T2 está indicado el uso de anticuerpos monoclonales dada su capacidad de mejoría clínica, reducción de exacerbaciones y del consumo corticoides sistémicos, con un efecto más discreto en la función pulmonar, si bien en la práctica clínica observamos una mayor respuesta funcional, por lo que nos planteamos un estudio observacional de los cambios en función pulmonar de nuestros pacientes con asma grave a los 6 meses de tratamiento monoclonal.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de los pacientes con de asma grave tratados con un anticuerpo monoclonal (omalizumab, mepolizumab, benralizumab o dupilumab) durante al menos 6 meses. Variables analizadas: demográficas, comorbilidades, espirometrías, tratamiento. Análisis estadístico con SPSS 25.0. Variables continuas: media y desviación estándar. Variables discretas: frecuencias absoluta y relativa. Asociación entre variables continuas (t Student o U de Mann Whitney) y discretas (test de chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher).

Características	Total (N: 48)
Edad media [rango]	56 (24-83)
mediana	55
Sexo (%)	
Mujer	30 (62,5)
Hombre	18 (37,5)
Tabaquismo (%)	
Fumador	1 (2,08)
No fumador	30 (62,5)
Exfumador	17 (35,42)
IMC media [rango]	26,6 (19-36)
Comorbilidad ORL (%)	
Rinitis	20 (41,67)
Sinusalitis	4 (8,33)
Polioposis nasal	17 (35,42)
Negativo	7 (14,58)
Sensibilización (%)	
Positivo	33 (68,75)
Negativo	10 (20,83)
No realizado	5 (10,45)
Reflujo gastroesofágico (%)	
Sí	13 (27,08)
No	35 (71,42)
ICS (%)	
Sí	5 (10,42)
No	43 (89,58)
Biológico (%)	
Omalizumab	29 (60,42)
Mepolizumab	13 (27,08)
Benralizumab	4 (8,33)
Dupilumab	2 (4,17)

Tabla 1. Comunicación 702.

Resultados: Se evaluaron 48 pacientes con las características de la tabla. El FEV1 mejoró una media de 457,8 ml (rango 10-2.090) a los 6 meses del tratamiento respecto al valor previo en 33 pacientes

(68,75%). 19 tratados con omalizumab mejoraron 445,7 ml el FEV1 y 14 pacientes con mepolizumab, benralizumab y dupilumab mejoraron 474,2 ml de media, no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre grupos de tratamiento. Al inicio del tratamiento, 31 pacientes (64,6%) presentaban un FEV1 reducido de los cuales a los 6 meses de tratamiento se corrige en 10 (32,3%). En 24 pacientes (51,06%) el cociente FEV1/FVC está reducido de los cuales se corrige en 10 (41,7%). En ninguno de los casos hubo diferencias significativas en la mejoría funcional. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre mejoría funcional y los parámetros clínicos ni demográficos.

Conclusiones: Los tratamientos biológicos en el asma grave T2 pueden facilitar una mejoría relevante no solo clínica sino también funcional a partir de los seis del tratamiento. El tratamiento biológico consigue normalizar el patrón espirométrico en los primeros meses de tratamiento en un subgrupo de pacientes.

471. VALORACIÓN DE RESPUESTA A AC. MONOCLONALES EN UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE ASMA GRAVE NO CONTROLADA (AGNC)

Pablo Giménez Ruiz, Diana Barandica Rangel,
Estrella Fernández Fabrelas, Rafael Navarro Iváñez,
Ana Salcedo Patricio y Pilar Valle Dávalos

Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España.

Introducción: El asma grave puede estar no controlada a pesar de adecuado tratamiento con corticoides inhalados (ICS) a dosis altas + un segundo controlador en último año, o bien con uso de glucocorticoides orales (GCO), llegando a precisar tratamiento con anticuerpos monoclonales (AbM).

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo observacional de pacientes de nuestra consulta monográfica de AGNC desde febrero de 2020 a agosto de 2022, en tratamiento activo con AbM (omalizumab, mepolizumab o benralizumab) o que lo hubiesen realizado en algún momento durante ese periodo de tiempo. Se evaluaron en ellos FEV1, ACT, número de exacerbaciones/año y ciclos de GCO/año antes del inicio de tratamiento, a los 6 meses y 12 meses del mismo. Se recogieron datos demográficos, analíticos y de comorbilidades asociadas.

Resultados: 86 pacientes incluidos, 65,5% mujeres y 33,3% hombres, edad al inicio del AbM $53,3 \pm 11,739$, IMC $28,53 \pm 5,711$, nunca fumadores 52,9% y exfumadores 43,7%, 52,9% poliposis nasal, 35,6% EREA, 48,3% sensibilización alérgica, 48,3% ansiedad, 17,2% AOS, FEV1% $62,8 \pm 18,4\%$, ACT inicial $14,70 \pm 3,5$, recuento absoluto de eosinófilos (μL) $674,12 \pm 662,275$, IgE (kU/L) $406,63 \pm 578,254$, numero de ciclos de corticoides/año $3,27 \pm 2,020$, exacerbaciones/año $3,95 \pm 2,20$, hospitalizaciones/año $0,92 \pm 1,90$, ingreso UCI $0,10 \pm 0,402$ desde diagnóstico de asma, visitas a urgencias/año $2,83 \pm 3,038$. Tratamiento AbM actual: omalizumab 35,6%, mepolizumab 46%, y benralizumab 10,3%. Los motivos del cambio de AbM fueron: respuesta parcial en 24,1%, no respuesta en 3,4% y no tolerancia en 5,7%, y un total de 7 tratamientos suspendidos (8%). Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la mejoría a los 6 (6M) y 12 meses (12M) de iniciado el AbM para: FEV1% $72,686 \pm 21,6990$ (6M, $p = 0,008$) y $74,9249 \pm 21,56339$ (12M, $p = 0,016$), exacerbaciones $0,43 \pm 0,821$ (6M, $p = 0,044$) y $0,33 \pm 0,619$ (12M, $p = 0,052$), ACT $19,26 \pm 3,427$ (6M, $p < 0,001$) y $20,11 \pm 3,809$ (12M, $p < 0,001$), ciclos de GCO $0,23 \pm 0,542$ (6M, $p < 0,001$) y $0,22$ (12M, $p < 0,001$).

Conclusiones: En nuestra cohorte, el tratamiento con AbM se realiza en paciente T2 alto mixto, en su mayoría con fármaco anti-II5/anti-IL5-R, consiguiendo a los 12 meses mejoría del FEV1% (de 62,86 a 74,92), ACT(de 14,26 a 20,36), exacerbaciones (4,32 a 0,33) y reducción de ciclos de GCO (de 3,27 a 0,22). La valoración a los 6 meses muestra mejoría de estos parámetros, aunque es más notoria al año de tratamiento.