

cial y final. Se analizó la sobrevida a través del análisis de Kaplan Meier y se determinaron los puntos de corte a través de la obtención del área bajo la curva a partir de la construcción de curvas ROC.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 201 pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (EPI) con una edad media de  $65 \pm 12$  años, porcentaje similar de hombres y mujeres. Para 6MWD, la curva ROC presentó un AUC de 0,637 (0,557 a 0,716),  $p = 0,001^*$ . Calculamos un cut-off de 491 metros con una sensibilidad del 59% y una especificidad del 36%. Y para mDDR, la curva ROC presentó un AUC de 0,700 (0,624 a 0,775),  $p < 0,001^*$ . Calculamos un valor de corte de 31,84 para mDDR con una sensibilidad del 59% y una especificidad del 33%. La figura 1 observamos las curvas de Kaplan Meyer y la supervivencia de los pacientes con 6MWD superior e inferior 491 metros, el log rank (Mantel-Cox) presentó un chi-cuadrado de 9,997  $p: 0,002^*$ . Por otro lado, mDDR mayor y menor 32, el log rank (Mantel-Cox) presentó un chi-cuadrado de 16,398,  $p = 0,001^*$ .

**Conclusiones:** El mDDR ha demostrado tener mayor valor pronóstico que el 6MWD en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial.

cción y  $+4,2$ , IC95% 1,6 - 6,7) pero solamente el grupo intervención mostró una mejoría en la función pulmonar ( $\Delta$  FEV1:  $+0,3 \pm 0,4$  l/s,  $p = 0,008$ ;  $\Delta$  PEF:  $+1,06 \pm 6,4$  l/s), mientras que el grupo control presentó un ligero empeoramiento ( $\Delta$  FEV1:  $-0,16 \pm 0,7$  l/s,  $p = 0,02$  sin cambios en el PEF). No hubo diferencias significativas entre los dos grupos excepto para el PEF ( $+1,06 \pm 6,4$  vs.  $-0,2 \pm 0,6$  l/s,  $p = 0,02$ ) (tabla 2).

Tabla 1. Características basales de los pacientes incluidos en el estudio.

VARIABLE	GRUPO INTERVENCIÓN (n=75)	GRUPO CONTROL (n=50)	TODOS (n=125)
Edad (años)	61,4 (11,6)	61,4 (11,1)	61,4 (11,3)
Sexo (H, M)			
Hombres (%)	68,1 (51,0)	62,0 (12,3)	65,1 (51,3)
Mujeres (%)	31,9 (41,9)	38,0 (7,7)	34,9 (27,7)
Clasificación según GOLD			
Adelantada (%)	14 (18,7)	10 (20,0)	24 (19,3)
Grave (%)	13 (17,3)	10 (20,0)	23 (18,3)
FEV1 (l/s)	2,4 (0,7)	2,3 (0,7)	2,3 (0,7)
FEV1 (%)	61,3 (16,6)	60,4 (17,3)	60,8 (16,9)
PEF (l/s)	5,2 (1,0)	4,5 (1,2)	4,8 (1,1)
mDD	34,8 (8,1)	35,5 (8,8)	35,2 (8,5)
Exacerbaciones últimos 12 meses	2,5 (2 + 4,7)	3 (3 + 8)	3 (2 + 8)
Medicamentos			
Corticosteroides			

Tabla 1. Comunicación 885.

## NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA

### 885. EFECTIVIDAD DE UNA PLATAFORMA DIGITAL PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y EL CONTROL SINTOMÁTICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ASMA DIFÍCIL DE CONTROLAR: RESULTADOS PRELIMINARES

Inés de Mir Messa<sup>1</sup>, Mar Esteban Lombarte<sup>2</sup>, Eva Maroto López<sup>2</sup>, Teresa Garriga Baraut<sup>1</sup>, Gemma García del Cerro<sup>3</sup>, Laura Valdesoiro Navarrete<sup>4</sup>, Araceli Caballero Rabasco<sup>5</sup>, Dario Guarda Castañares<sup>1</sup>, Shane Fitch<sup>2</sup> y Raquel Sebío García<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España. <sup>2</sup>Fundación Lovexair, Barcelona, España. <sup>3</sup>Hospital de Sant Pau, Barcelona, España. <sup>4</sup>CH Parc Taulí, Sabadell, España. <sup>5</sup>Hospital del Mar, Barcelona, España. <sup>6</sup>Hospital Clínic, Barcelona, España.

**Introducción:** Los últimos estudios continúan señalando que el control sintomático del asma sigue siendo una asignatura pendiente especialmente entre los más jóvenes, a pesar de los importantes avances terapéuticos. La educación en asma y especialmente la adherencia al tratamiento son graves problemas para el control de la enfermedad.

**Material y métodos:** Ensayo clínico aleatorizado controlado multicéntrico. Se han incluido pacientes de 6 a 18 años con asma de difícil control (ACT  $\leq 19$ ) procedentes de 4 hospitales del área de Barcelona aleatorizados en dos grupos: 1) grupo intervención 2) grupo control. Los participantes del grupo intervención tienen acceso a una plataforma digital con contenido educativo y posibilidad de monitorización de signos y síntomas relacionados con el asma así como un educador terapéutico asignado para seguimiento en remoto de estos pacientes. Los sujetos en el grupo control (GC), tienen las visitas de seguimiento habituales. Ambos grupos se evalúan al inicio del estudio (T0), a los 6 meses (T1) y a los 12 meses. La variable principal es la puntuación obtenida en el Test de Control del Asma (ACT). También se recogen función pulmonar (FEV1, PEF) y número de exacerbaciones en los 12 meses anteriores. En esta comunicación se reportan los resultados preliminares de los 6 meses.

**Resultados:** Un total de 45 pacientes de los 60 han sido reclutados hasta la fecha (edad media:  $11,4 \pm 2,9$  años; rango 6-17, 56,8% sexo masculino), de los cuales 30 han completado 6 meses de seguimiento. Las características basales de la muestra se hayan disponibles en la tabla 1. Ambos grupos mejoraron de forma significativa su puntuación en el control del asma ( $\Delta$ ACT:  $+7,2$ , IC95%: 1-13,3 grupo inter-

Tabla 2. Resultados preliminares de los grupos de intervención.

	INTERVENCIÓN	CONTROL
FEV1 6 meses (l/s)	2,4 (1,1) ( $p=0,02$ )	2,1 (0,8) ( $p=0,02$ )
$\Delta$ FEV1 (l/s)	$+0,3 \pm 0,4$ <sup>*</sup>	$-0,2 \pm 0,7$ <sup>*</sup>
PEF 6 meses (l/s)	5,2 (1,2) ( $p=0,02$ )	4,5 (1,2) ( $p=0,02$ )
$\Delta$ PEF (l/s)	$+1,06 \pm 6,4$ <sup>*</sup>	$-0,2 \pm 0,6$ <sup>*</sup>
ACT 6 meses	21,8 (3) ( $p=0,02$ )	21,5 (3,2) ( $p=0,02$ )
$\Delta$ ACT	$+7,2 \pm 8,1$ <sup>*</sup>	$+6,2 \pm 8,8$ <sup>*</sup>

\* $p < 0,05$  intra-grupo  
† $p < 0,05$  inter-grupos

Tabla 2. Comunicación 885.

**Conclusiones:** En base a los resultados preliminares obtenidos, una plataforma digital con control y monitorización de síntomas podría resultar en una mejoría de la función pulmonar y del control sintomático en niños y adolescentes con asma difícil de controlar. Beca SEPAR 2019-proyecto 942.

## ONCOLOGÍA TORÁCICA

### 432. ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS POR EBUS DE CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN ESTADIO AVANZADO TRATADOS CON INMUNOTERAPIA

Alejandro Golfe Bonmatí<sup>1</sup>, Marina Alcaraz Barcelona<sup>1</sup>, Virginia Claudia Aldamoli Vidal<sup>2</sup>, Alicia García Calabuig<sup>3</sup>, María de los Ángeles Olivares Mendoza<sup>1</sup>, Jose Gonzalo Chiriboga Sánchez<sup>1</sup>, Jesús Jiménez López<sup>4</sup>, Concepción Patricia López Miguel<sup>4</sup>, Rubén Darío García Ángel<sup>2</sup> y Ana Núñez Ares<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Albacete: Servicio de Neumología, Albacete, España. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Albacete: Servicio de Anatomía Patológica, Albacete, España. <sup>3</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Albacete: Servicio de Oncología Médica, Albacete, España. <sup>4</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Albacete: Servicio de Neumología. Unidad de Bronoscopías y Neumología Intervencionista, Albacete, España.