



## Comunicaciones orales

### 58.º Congreso de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)

Bilbao, 12-14 de junio de 2025

## ASMA

### 95. ADHESIÓN TERAPÉUTICA EN ASMA BRONQUIAL Y FACTORES RELACIONADOS

**Vladimir Aroldo Zúñiga Arévalo**, José Antonio Gullón Blanco, Lucía Gimeno Fernández, Macarena Corrales López, Álvaro Fernández Serrano, Manuel Ángel Villanueva Montes, Jennifer Jiménez Pérez, Fernando José Álvarez Navascués, Juan Rodríguez López y Jesús Allende González

Hospital Universitario San Agustín, Avilés, España.

**Introducción:** La adhesión del paciente a su tratamiento es un factor crítico para alcanzar y mantener el control de la enfermedad. Se estima que en el asma no supera el 50%. Una baja adhesión se asocia a un aumento de la morbilidad, así como a un mayor uso de los servicios sanitarios. Nuestro objetivo es analizar qué factores se relacionan con una baja adhesión terapéutica a los glucocorticoïdes inhalados en pacientes con asma bronquial.

**Material y métodos:** Estudio observacional en el que se incluyeron, consecutivamente y, de manera prospectiva, pacientes diagnosticados de asma bronquial, que acudieron a consultas externas en un período de 3 meses. Para determinar la adhesión terapéutica se utilizó la retirada de la farmacia de la medicación, estableciéndose como baja adhesión que esta retirada fuese < 80% de los envases prescritos. Se analizaron las siguientes variables: edad, género, edad de comienzo del asma, enfermedades asociadas, IMC, FEV<sub>1</sub> (%) tratamiento y escalón GEMA (2, 3-4, 5-6). Estudio estadístico: comparación de proporciones por distribución chi cuadrado. Significación: p < 0,05.

**Resultados:** Se incluyeron 115 pacientes: 79 (68,7%) mujeres, con una edad media de 54,08 DE 16,93 años. 18 (15,7%) referían antecedentes de tabaquismo y 47 (40,9%) presentaban enfermedades asociadas, en 48 (41,7%) el IMC era > 30 en 48 (41,7%). El tratamiento recomendado era: 115 (100%) GCI, 105 (96,5%) LABA, 44 (38,3%) LAMA, 55 (47,8%) antileucotrienos, 3 (2,6%) azitromicina, 5 (4,3%) GCO y 36 (31,3%) fármacos biológicos. El escalón GEMA era: 2 en 10 (8,6%), 3-4 en 29 (27,6%) y 5-6 en 76 (63,9%). Se confirmó baja adhesión terapéutica en 49 (42,6%), de los cuales 46 (93,9%) referían que la adherencia era adecuada. Sus características se reflejan en la tabla, y esta discordancia se asociaba con: edad < 40 años (p = 0,04), escalón terapéutico 2 (p = 0,04) y ausencia de enfermedades asociadas (p = 0,03), edad de comienzo de asma entre 12 y 48 años (p = 0,04). Es de destacar que el 27,8% (10/36), de los pacientes que recibían fármacos biológicos, presentaban baja adhesión.

Características de los pacientes con baja adhesión terapéutica		
Variable	Baja adhesión terapéutica	p
<b>Edad</b>		
< 40 años	11 (50%)	0,04
≥ 40 años	35 (38,9%)	
<b>Género</b>		
Hombre	15 (44,1%)	0,8
Mujer	31 (39,7%)	
<b>Edad comienzo asma</b>		
< 12 años	9 (36%)	0,04
12-40 años	20 (47,6%)	
> 40 años	17 (37,8%)	
<b>Enfermedades asociadas</b>		
Sí	13 (28,9%)	0,03
No	33 (49,3%)	
<b>IMC</b>		
< 30	26 (40%)	0,7
≥ 30	29 (42,6%)	
<b>Escalón terapéutico</b>		
2	5 (50%)	0,04
3-4	11 (39,6%)	
5-6	30 (36,5%)	
<b>FEV<sub>1</sub> (%)</b>		
< 60	3 (33%)	0,2
≥ 60	43 (42,2%)	

**Conclusiones:** 1. Casi la mitad de los pacientes presentaban baja adherencia al tratamiento inhalado, no reconocida en más del 90%. 2. Edades jóvenes de la vida, el escalón terapéutico, la ausencia de enfermedades asociadas y edad no precoz de comienzo de síntomas, eran las variables que mostraban una mayor asociación, por lo que debemos reforzar las medidas educativas en este grupo de enfermos con el fin de que la adherencia terapéutica sea adecuada.

### 135. AGUDIZACIÓN ASMÁTICA GRAVE EN LA UCI: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

**Marina Paredes López**<sup>1</sup>, Jeisson Osorio Trujillo<sup>2</sup>, Elena Rodríguez Lobato<sup>1</sup>, Héctor Enrique Cedillo Huerta<sup>1</sup>, Alberto de la Fuente García<sup>3</sup>, Jorge Moisés Lafuente<sup>2</sup>, Albert Riudor Gurí<sup>1</sup>, Nuria Albacar Inglá<sup>2</sup>, César Picado Vallés<sup>3</sup> y Ebymar Arismendi Núñez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, Hospital Clínic de Barcelona, España.

<sup>2</sup>Unidad de Vigilancia Intensiva Respiratoria (UVIR), Servicio de Neumología, Hospital Clínic de Barcelona, España. <sup>3</sup>CIBER de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. <sup>4</sup>Unidad de Asma de Alta Complejidad, Servicio de Neumología, CIBERES, Hospital Clínic de Barcelona, España.

**Introducción:** El asma grave no controlada (AGNC) sigue siendo un desafío por su impacto negativo tanto en la calidad de vida de los pacientes, como en el sistema sanitario. A pesar de los avances terapéuticos, un alto porcentaje de pacientes persiste con un control inadecuado de la enfermedad, pudiendo presentar agudizaciones frecuentes y potencialmente graves. El perfil del paciente con AGNC que experimenta crisis graves es muy diverso y no está bien definido. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas de dichos pacientes en una unidad de cuidados intensivos respiratorios.

**Material y métodos:** Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron por agudización asmática grave (AAG) en la Unidad de Vigilancia Intensiva Respiratoria (UVIR) del Servicio de Neumología del Hospital Clínic de Barcelona, entre junio de 2023 y septiembre de 2024.

Variable	N	Media ( $\pm$ SD)
<b>Mujeres (%)</b>	27 (65)	
<b>Edad, años</b>	40	57 (21)
<b>Índice de masa corporal, Kg/m<sup>2</sup></b>	40	30,5 (8,7)
<b>FEV<sub>1</sub> (%)</b>	37	67,4 (17,8)
<b>Eosinofilia máxima en sangre periférica previa al ingreso (cel/uL)</b>	37	641 (788)
<b>Número de agudizaciones en el último año</b>	39	2,4 (1,8)
<b>Tabaquismo, paq-año</b>	N	paq/año
- No fumadores	20	----
- Fumadores	11	33 (26)
- Exfumadores	9	32 (18)
<b>ACT</b>	N	%
- Controlada ( $\geq$ 20 puntos)	25	62,5
- Parcialmente controlada ( $<$ 20 puntos)	15	37,5
<b>Endotipos de asma</b>	N	%
- Asma T2	25	62,5
- Asma no-T2	15	37,5
<b>Corticoides orales de mantenimiento, n (%)</b>	5 (12,5)	
- Prednisona, mg	5	10 $\pm$ 6,12
<b>Terapia biológica previa al ingreso</b>	N	%
- Benralizumab	2	50
- Mepolizumab	1	25
- Omalizumab	1	25
<b>Estancia hospitalaria</b>	Mediana	RIC (P25-P75)
<b>Días totales</b>	9	7,75 - 18
<b>Días en la UVIR</b>	5	2,75 - 11,25
<b>Días en la sala</b>	5	3 - 7
<b>Soporte respiratorio máximo</b>	N	%
- IOT+VM	13	32,5
- VMNI	5	12,5
- LAF	6	15
- Venturi	12	30
- Lentillas nasales	3	7,5
- Ninguno	1	2,5
<b>Aislamientos microbiológicos</b>	N	%
- Ninguno	11	27,5
- Viral	16	40
- Bacteriano	9	22,5
- Fúngico	1	2,5
- Mixto	1	2,5
- No realizado	2	5

Figura 1. Características basales de la población con AAG y variables de la estancia hospitalaria.

**Resultados:** De 473 pacientes que ingresaron a cargo de Neumología en la UVIR, un total de 40 pacientes ingresaron por AAG, edad  $57 \pm 21$  años, de los cuales un 67,5% eran mujeres. El índice de masa corporal fue de  $31 \pm 9$  kg/m<sup>2</sup>. El 23% de los pacientes fueron fumadores acti-

vos; (33 paquetes/año). FEV<sub>1</sub> previo al ingreso del  $67 \pm 18\%$ . El 62,5% de los pacientes (n 25) tenían un fenotipo T2, escalón de tratamiento moderado (GEMA 3 y 4) y 4 de ellos recibían tratamiento biológico, en contraposición al grupo no T2 que estaban en escalones 2 y 3. El grupo con fenotipo T2 presentaban más agudizaciones anuales (2,76) respecto a los no T2 (1,64). Ambos subgrupos presentaban un control similar de la enfermedad con un ACT previo al ingreso de 19,5 y 20,5, respectivamente. Por lo que respecta a las características de la agudización, 13 pacientes (32,5%) requirieron ventilación mecánica invasiva y 5 (12,5%) ventilación mecánica no invasiva. A nivel microbiológico, 16 (40%) pacientes tuvieron un aislamiento vírico por frotis nasal y 9 (22,5%) pacientes un aislamiento bacteriano en el cultivo de esputo. La estancia hospitalaria y el resto de variables se describen en la tabla.

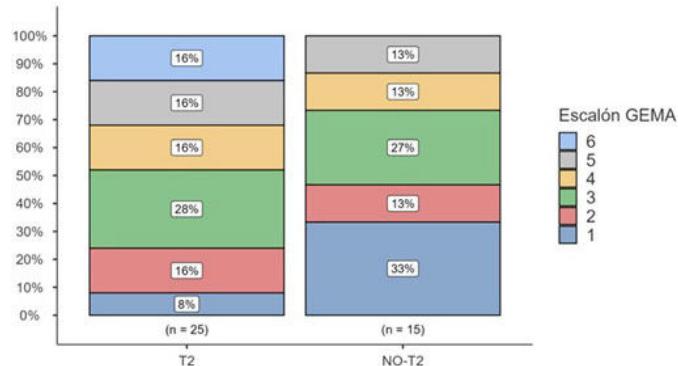


Figura 2. Escalones terapéuticos según GEMA en base al fenotipo del asma.

**Conclusiones:** Las exacerbaciones asmáticas graves pueden presentarse incluso en pacientes con asma clínicamente controlada y que se encuentran en escalones terapéuticos leves o moderados. Identificar los factores de riesgo asociados a estas exacerbaciones, así como posibles biomarcadores que permitan anticiparlas, es un reto en el manejo de los pacientes asmáticos especialmente en los agudizadores frecuentes.

## 864. ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN URGENTE AL PACIENTE ASMÁTICO EXACERBADO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MÚTUA TERRASSA A LO LARGO DE UN AÑO

**Emilia Vallejo Garzón**, José Luis Flores García, Víctor Fajardo Fernández y Ana María Lapuente Torrents

Hospital Universitario Mútua de Terrassa, España.

**Introducción:** La percepción desde la consulta especializada de asma es que los pacientes acuden a primera visita con demasiadas exacerbaciones, importante dosis acumulada de corticoides sistémicos y con pobre optimización del tratamiento inhalado de mantenimiento. Procedemos a revisar el proceso asistencial de la exacerbación asmática para detectar áreas de mejora.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se analizó a los pacientes de  $\geq 18$  años que precisaron atención urgente por exacerbación asmática en los diferentes niveles asistenciales del área de referencia del Hospital Universitario Mútua de Terrassa entre el 1 de junio de 2023 y el 31 de mayo de 2024. Se exigió el diagnóstico de certeza de asma. Los datos se extrajeron de la revisión de la historia clínica informatizada. Se seleccionó a los pacientes que habían presentado  $\geq 2$  exacerbaciones asmáticas graves o 1 hospitalización por asma.

**Resultados:** Se analizaron 521 pacientes (58% mujeres). Un total de 74 pacientes (14,2%) presentaron  $\geq 2$  exacerbaciones asmáticas graves o 1 hospitalización por asma (42 mujeres y 32 hombres). La mediana de edad fue de 42 años para hombres y 65 para mujeres. El fenotipo más prevalente fue el T2, tanto de forma global (69%) como

en los 18 pacientes hospitalizados (67%), destacando el fenotipo alérgico. El 46% de los pacientes padecían asma intermitente-leve, 34% moderado y 20% grave. Las comorbilidades más frecuentes fueron ansiedad/depresión, obesidad y RGE. Durante la atención urgente se sometieron a analítica al 82% de los pacientes y a radiografía de tórax al 81%, mientras el pico flujo espiratorio de midió solamente en el 8%. El tratamiento inhalado al alta se ajustó al alza en el 65% de los pacientes. En este periodo 6 pacientes iniciaron tratamiento biológico. Al alta de Urgencias consta revisión de la técnica inhalatoria en 7 pacientes (11%) y solamente 35 (55%) fueron revisados en las siguientes semanas, 30 de ellos en Neumología por ser pacientes con seguimiento previo.

**Conclusiones:** La atención urgente a la exacerbación asmática en nuestro centro no se ajusta a los estándares propuestos en las guías de práctica clínica. No se monitoriza la gravedad de las crisis y los pacientes son dados de alta con dosis infraterapéuticas de tratamiento inhalado, sin garantizar un control posalta óptimo, especialmente para los pacientes sin seguimiento neumológico previo.

## 699. ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE MEPOLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS

Carla García Nóvoa<sup>1</sup>, Celia María Pinedo Sierra<sup>1</sup>,  
Isabel María Dotor Ruiz<sup>2</sup>, José Manuel Padilla Brito<sup>1</sup>,  
Teresa Robledo Echarren<sup>2</sup>, Lucía Gómez Martín-Caro<sup>1</sup>,  
Cristina Matesanz López<sup>1</sup> y María Asunción Nieto Barbero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.  
<sup>2</sup>Servicio de Alergología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

**Introducción:** La granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA) es una enfermedad rara caracterizada por asma grave, eosinofilia y vasculitis sistémica. Los corticosteroides sistémicos son el pilar fundamental del tratamiento, pero su uso prolongado está asociado con efectos adversos significativos. Mepolizumab, un anticuerpo monoclonal dirigido contra la interleucina-5 (IL-5), ha demostrado ser eficaz en la reducción de exacerbaciones y empleo de corticoides en pacientes con esta patología. Este estudio evalúa los cambios clínicos experimentados en pacientes tratados con mepolizumab en la consulta monográfica de asma de difícil control.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad de mepolizumab en una cohorte de pacientes con GEPA en seguimiento clínico.

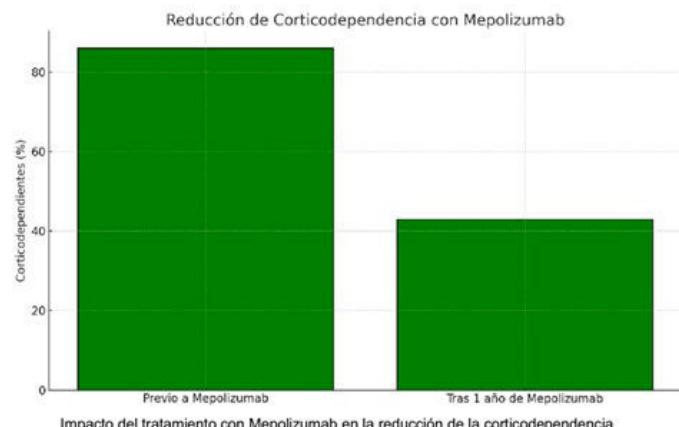
**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo en una cohorte de siete pacientes diagnosticados de GEPA y en tratamiento con mepolizumab durante al menos 12 meses. Se analizaron variables demográficas como edad, sexo, tabaquismo y variables clínicas como eosinofilia, exacerbaciones, parámetros respiratorios (FEV<sub>1</sub>, FEV<sub>1</sub>/FVC), dosis de corticoides y test de control de asma (ACT).

**Resultados:** En nuestro estudio, todas las participantes fueron mujeres, con una edad promedio de 60 años y una desviación estándar de 14 años. El 43% de las participantes presentaban antecedente de consumo tabáquico. Características de la cohorte: Corticodependientes previo a mepolizumab: 6 pacientes (86%); Dosis de mepolizumab: 4 pacientes recibieron una dosis de 100 mg (57%) y 3 pacientes de 300 mg (43%). Eventos adversos: no se reportaron efectos adversos graves. Análisis estadístico: comparación de medias y análisis descriptivo para evaluar cambios en parámetros clave antes y después del tratamiento.

### Parámetros clínicos pre y postratamiento

Variable	Pre-MPZ	Pos-MPZ (12 meses)	p
ACT	19,4 ± 4	22 ± 3	p: 0,08
Corticodependencia	6 pacientes (86%)	3 (43%)	p: 0,04
FEV <sub>1</sub>	74,2 ± 25%	78 ± 18	p: 0,6

### REDUCCIÓN DE CORTICOIDES:



**Conclusiones:** El tratamiento con mepolizumab en los pacientes con GEPA mejora el control de la enfermedad, logrando una reducción de las exacerbaciones y del tratamiento crónico con corticoides sistémicos.

## 897. ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA, CAPACIDAD CARDIORRESPIRATORIA Y COMPOSICIÓN CORPORAL EN ADOLESCENTES SANOS Y CON ASMA LEVE CONTROLADA

Marta Amor Barbosa<sup>1</sup>, Monique Messaggi Sartor<sup>1</sup>, Fernanda Salazar Pérez<sup>1</sup>, Aida Cadellans Arroniz<sup>1</sup>, David Blanco de Tena Dávila<sup>1</sup>, Ana Mora Cabañero<sup>1</sup>, Mariana Severo da Costa<sup>2</sup>, Robert Silvetti Portillo<sup>3</sup>, Lilian Herrera Velasco<sup>3</sup> y Márcio Vinícius Fagundes Donadio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Fisioterapia, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universitat Internacional de Catalunya (UIC), Barcelona, España. <sup>2</sup>Laboratorio de Actividad Física en Pediatría, Centro Infant, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, Brasil. <sup>3</sup>Unidad de Neumología, Alergia e Inmunología Pediátrica. Hospital Universitari General de Catalunya-Grupo Quirónsalud, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España.

**Introducción:** Existe controversia sobre la capacidad cardiorrespiratoria en el asma leve. Además, ha aumentado el interés por evaluar el sistema nervioso autónomo en enfermedades respiratorias crónicas. Este estudio tiene como objetivo comparar la variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC), la capacidad cardiorrespiratoria y la composición corporal entre adolescentes sanos y con asma leve, y analizar los factores asociados a la VFC.

**Material y métodos:** Estudio transversal que incluyó adolescentes de 12 a 18 años divididos en 2 grupos: grupo control (GC) - sanos, y grupo de asma (GA) - asma leve controlada (ACT ≥ 19). Se realizaron mediciones de bioimpedancia [% grasa, IMC z-score], espirometría forzada [FEV<sub>1</sub>, FEV<sub>1</sub>/CVF, FEF25-75%], ergoespirometría [equivalente de O<sub>2</sub> en el umbral (VE/VO<sub>2</sub> VT1), porcentaje de consumo de O<sub>2</sub> en el umbral (%VO<sub>2</sub> VT1), consumo de O<sub>2</sub> pico (VO<sub>2</sub>pico), pulso de O<sub>2</sub> pico (pO<sub>2</sub>pico), tiempo de prueba, frecuencia cardíaca de recuperación (FCR)] y análisis de la VFC [desviación estándar de los intervalos RR (SDNN), raíz cuadrada de la media de las diferencias al cuadrado de intervalos RR consecutivos (RMSSD), porcentaje de intervalos RR con diferencia > 50 ms (pNN50%), frecuencia muy baja (VLF), frecuencia baja (LF), frecuencia alta (HF)]. Los datos se presentaron en promedio (desviación estándar), las comparaciones con t-Student o Mann-Whitney y las correlaciones con Spearman.

**Resultados:** Se incluyeron 39 participantes (GC = 12, GA = 27), con edad media de 14,6 ± 1,6 años y 64% hombres. El FEV<sub>1</sub> z-score fue -0,01

Tabla 1. Correlaciones entre la composición corporal, función pulmonar, capacidad cardiorrespiratoria y variabilidad de la frecuencia cardíaca

		SDNN (ms)	RMSSD (ms)	pNN50 (%)	VLF (ms <sup>-2</sup> )	LF (ms <sup>-2</sup> )	HF (ms <sup>-2</sup> )
IMC (z-score)	GC	$r = 0,52; p = 0,08$	$r = 0,36; p = 0,25$	$r = 0,42; p = 0,17$	$r = 0,53; p = 0,08$	$r = 0,54; p = 0,07$	$r = 0,51; p = 0,09$
	GA	$r = 0,18; p = 0,38$	$r = 0,28; p = 0,16$	$r = 0,20; p = 0,31$	$r = 0,24; p = 0,23$	$r = 0,15; p = 0,44$	$r = 0,03; p = 0,90$
Grasa (%)	GC	$r = 0,53; p = 0,08$	$r = 0,52; p = 0,08$	$r = 0,48; p = 0,11$	$r = 0,71; p = 0,01^*$	$r = 0,50; p = 0,10$	$r = 0,37; p = 0,24$
	GA	$r = 0,17; p = 0,39$	$r = 0,27; p = 0,17$	$r = 0,23; p = 0,24$	$r = 0,12; p = 0,55$	$r = 0,11; p = 0,58$	$r = 0,05; p = 0,79$
FEV <sub>1</sub> (z-score)	GC	$r = -0,05; p = 0,89$	$r = -0,17; p = 0,61$	$r = -0,17; p = 0,61$	$r = -0,21; p = 0,55$	$r = -0,08; p = 0,81$	$r = 0,03; p = 0,94$
	GA	$r = 0,05; p = 0,80$	$r = -0,08; p = 0,69$	$r = -0,15; p = 0,45$	$r = 0,03; p = 0,88$	$r = 0,14; p = 0,49$	$r = 0,15; p = 0,46$
FEV <sub>1</sub> /FVC (absoluto)	GC	$r = 0,01; p = 0,97$	$r = 0,11; p = 0,75$	$r = 0,17; p = 0,62$	$r = -0,14; p = 0,67$	$r = -0,06; p = 0,86$	$r = -0,09; p = 0,80$
	GA	$r = 0,39; p = 0,05^*$	$r = 0,36; p = 0,07$	$r = 0,37; p = 0,06$	$r = 0,32; p = 0,10$	$r = 0,48; p = 0,01^*$	$r = 0,41; p = 0,04^*$
VO <sub>2</sub> VT <sub>1</sub> (%)	GC	$r = 0,06; p = 0,85$	$r = -0,10; p = 0,76$	$r = -0,02; p = 0,94$	$r = -0,28; p = 0,37$	$r = -0,02; p = 0,94$	$r = 0,22; p = 0,49$
	GA	$r = -0,52; p = 0,01^*$	$r = -0,53; p = 0,01$	$r = -0,52; p = 0,01^*$	$r = -0,28; p = 0,16$	$r = -0,25; p = 0,21$	$r = -0,55; p = 0,00^*$
VO <sub>2</sub> pico (ml/kg/min)	GC	$r = -0,42; p = 0,17$	$r = -0,44; p = 0,15$	$r = -0,45; p = 0,14$	$r = -0,49; p = 0,11$	$r = -0,39; p = 0,21$	$r = -0,31; p = 0,33$
	GA	$r = 0,06; p = 0,75$	$r = -0,02; p = 0,93$	$r = -0,01; p = 0,96$	$r = 0,23; p = 0,26$	$r = 0,20; p = 0,33$	$r = 0,12; p = 0,55$
pO <sub>2</sub> pico (ml/latido)	GC	$r = -0,58^*; p = 0,05^*$	$r = -0,63; p = 0,03^*$	$r = -0,69; p = 0,01^*$	$r = -0,45; p = 0,14$	$r = -0,31; p = 0,32$	$r = -0,56; p = 0,06$
	GA	$r = -0,03; p = 0,90$	$r = -0,10; p = 0,64$	$r = -0,06; p = 0,79$	$r = 0,11; p = 0,59$	$r = 0,06; p = 0,78$	$r = -0,11; p = 0,62$
tiempo de prueba (min)	GC	$r = -0,54; p = 0,07$	$r = -0,50; p = 0,10$	$r = -0,56; p = 0,06$	$r = -0,59; p = 0,04^*$	$r = -0,41; p = 0,19$	$r = -0,40; p = 0,20$
	GA	$r = 0,32; p = 0,10$	$r = 0,24; p = 0,24$	$r = 0,26; p = 0,20$	$r = 0,33; p = 0,09$	$r = 0,43; p = 0,03^*$	$r = 0,38; p = 0,05^*$
FCR (latidos/min)	GC	$r = -0,52; p = 0,12$	$r = -0,43; p = 0,22$	$r = -0,23; p = 0,53$	$r = -0,52; p = 0,12$	$r = -0,34; p = 0,33$	$r = -0,26; p = 0,46$
	GA	$r = -0,41; p = 0,04^*$	$r = -0,47; p = 0,02^*$	$r = -0,53; p = 0,01^*$	$r = -0,27; p = 0,19$	$r = -0,29; p = 0,17$	$r = -0,39; p = 0,06$

Grupo control (GC), grupo asma (GA), índice de masa corporal (IMC), volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV<sub>1</sub>), relación entre el volumen espiratorio forzado en el primer segundo y la capacidad vital forzada (FEV<sub>1</sub>/CVF), consumo de oxígeno en el umbral (VO<sub>2</sub> VT<sub>1</sub>), consumo de oxígeno pico (VO<sub>2</sub>pico), pulso de oxígeno pico (pO<sub>2</sub>pico), frecuencia cardíaca de recuperación (FCR), desviación estándar de los intervalos RR (SDNN), raíz cuadrada de la media de las diferencias al cuadrado de intervalos RR consecutivos (RMSSD), intervalos RR con diferencia > 50 ms (pNN50%), frecuencia muy baja (VLF), frecuencia baja (LF), frecuencia alta (HF).

Tabla 1. Comunicación 897.

(1,01) en el GC y -0,58 (0,81) en el GA. En el GA, se observó una disminución en FEF25-75% z-score ( $p = 0,05$ ), VO<sub>2</sub> pico ( $p = 0,02$ ) y tiempo de prueba ( $p = 0,05$ ), y un aumento en VE/VO<sub>2</sub> VT<sub>1</sub> ( $p = 0,04$ ). No hubo diferencias en la VFC. En el GC, el pO<sub>2</sub>pico se correlacionó con SDNN, RMSSD y pNN50% ( $r = -0,58$  a  $-0,69$ ;  $p \leq 0,05$ ); y el tiempo de prueba y % de grasa con VLF ( $r = -0,59$ ;  $p = 0,04$  y  $r = 0,71$ ;  $p = 0,01$ ). En el GA, el FEV<sub>1</sub>/FVC se correlacionó con SDNN, LF y HF ( $r = 0,39$  a  $0,48$ ;  $p \leq 0,05$ ); el %VO<sub>2</sub> VT<sub>1</sub> con SDNN, RMSSD, pNN50% y HF ( $r = -0,52$  a  $-0,55$ ;  $p \leq 0,01$ ); el tiempo de prueba con LF y HF ( $r = 0,38$  a  $0,43$ ;  $p \leq 0,05$ ); y la FCR con SDNN, RMSSD y pNN50% ( $r = -0,41$  a  $-0,53$ ;  $p \leq 0,04$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con asma leve controlada presentan menor capacidad cardiorrespiratoria ( $\uparrow$  VE/VO<sub>2</sub> VT<sub>1</sub>,  $\downarrow$  VO<sub>2</sub>pico y  $\downarrow$  tiempo de prueba), sin diferencias en la VFC. En sanos, la VFC se asocia con el % de grasa, la función cardíaca y el tiempo de prueba. En asmáticos, se asocia con la obstrucción pulmonar y el desacondicionamiento físico.

## 673. ANÁLISIS DE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA TRATADOS CON DUPILUMAB. CAUSAS DE RETIRADA TRAS 12 MESES DE SEGUIMIENTO

**Antonio León Lloreda**, Belén Muñoz Sánchez, María Luisa Polonio González, David Carlos Echavarría Kashmiri, Marta Ferrer Galván, María Victoria Maestre Sánchez, María Auxiliadora Romero Falcón, Juan Francisco Medina Gallardo y Francisco Javier Álvarez Gutiérrez

Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España.

**Introducción:** Dupilumab es un anticuerpo monoclonal anti IL4 e IL13 indicado en pacientes con asma grave no controlada fenotipo T2. El objetivo de nuestro estudio es estudiar en la práctica clínica

habitual el flujo de pacientes en tratamiento con dupilumab así como las causas de retirada tras 12 meses de seguimiento.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes tratados con dupilumab desde el año 2022 hasta 2024 en la Unidad Asma Grave de nuestro hospital. Se realizó un estudio descriptivo de las variables incluidas, siendo estas la instauración de dupilumab como primer tratamiento (*naïve*) o tras otro monoclonal previo, el flujo de cambio de otros monoclonales a dupilumab y las causas de retirada del mismo en la visita de seguimiento a corto plazo (V1 = 4-6 meses) y medio plazo (V2 = 12 meses).

**Resultados:** Fueron incluidos 70 pacientes, siendo 43 mujeres (61,4%) y 27 hombres (38,6%) con una edad media de 50,49 años (18-85). Se prescribió dupilumab como tratamiento *naïve* en 28 pacientes (40%), como segunda opción en 29 casos (41,4%), como tercera 10 (8,6%) y cuarta 6 (8,6%). En cuanto al flujo de cambio, el más frecuente fue de mepolizumab a dupilumab (N = 26; 37,4%), seguido de omalizumab y benralizumab (N = 8; 11,4%, cada uno). Durante el seguimiento en el primer año de tratamiento, se retiró dupilumab en 21 casos (30%). En la tabla 1 se muestran el motivo de cambio en la visita de seguimiento a corto y medio plazo.

Causas de retirada de dupilumab en visita a corto (V1) y medio plazo (V2)		
	V1 (4-6 meses)	V2 (12 meses)
No respuesta	3 (3%)	3 (4,3%)
Respuesta parcial	2 (2,9%)	2 (2,9%)
Efectos secundarios	7 (10%)	2 (2,9%)
Otros	1 (1,4%)	

**Conclusiones:** La mayoría de pacientes tratados en nuestra Unidad de Asma Grave con dupilumab fue a partir de cambio de otro monoclonal, de forma más frecuente el omalizumab. El tratamiento fue retirado en casi un tercio de los pacientes.

#### 446. ANÁLISIS DE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA TRATADOS CON MEPOLIZUMAB. CAUSAS DE RETIRADA A CORTO Y LARGO PLAZO

**Belén Muñoz Sánchez**, Antonio León Lloreda, María Luisa Polonio González, David Carlos Echavarría Kashmiri, Juan Francisco Medina Gallardo, María Auxiliadora Romero Falcón, Marta Ferrer Galván, María Victoria Maestre Sánchez y Francisco Javier Álvarez Gutiérrez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

**Introducción:** Mepolizumab es un anticuerpo monoclonal anti IL5 indicado en pacientes con asma grave no controlada tipo T2 eosinofílico. Este estudio tuvo como objetivo analizar, en un contexto de práctica clínica habitual, el flujo de pacientes tratados con mepolizumab, ya sea como primera línea o tras la transición desde otros tratamientos biológicos, y evaluar las causas de retirada tanto a corto como a largo plazo.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo y descriptivo, incluyendo a todos los pacientes tratados con mepolizumab en una unidad de asma desde 2017. Se documentaron las causas de suspensión del tratamiento en visitas de seguimiento realizadas a intervalos específicos: V1 (4-6 meses posbasal), V2 (aproximadamente 12 meses), V3 (aproximadamente 3 años) y V4 (aproximadamente 5 años). Se realizó un análisis descriptivo de la muestra para identificar patrones de retirada y sus motivos.

**Resultados:** Fueron incluidos 142 pacientes, mujeres N = 85 (59,9%), hombres N = 57 (40,1%) de edad media 54,57 (14) años, rango de 14 a 82 años. Del total, el 79,6% (N = 113) recibieron mepolizumab como tratamiento de primera línea. En cambio, el 17,6% (N = 25) lo recibieron como segunda opción, el 2,1% (N = 3) como tercera, y el 0,7% (N = 1) como cuarta. El cambio más frecuente fue de omalizumab a mepolizumab en 23 casos (16,2%), seguido de dupilumab a mepolizumab en 4 casos (2,8%) y por último de benralizumab a mepolizumab en 2 casos (1,4%). En el seguimiento hasta los 5 años, se retiró el tratamiento en 48 casos (33,8%). El motivo más frecuente fue No respuesta (N = 21, 14,8%) y Respuesta parcial (N = 21 14,8%), mientras que por efectos secundarios se retiró en 4 casos (2,8%) y por otros motivos en 3 (2,1%). Las causas de retirada, según las visitas de seguimiento, se recogen en la tabla.

Causas de retirada de mepolizumab en el seguimiento a los 4-6 meses (V1), a los 12 meses (V2), 3 años (V3) y 5 años (V4)				
	V1 (4-6 meses)	V2 (12 meses)	V3 (3 años)	V4 (5 años)
No respuesta	13 (9,2%)	7 (4,9%)	2 (1,4%)	---
Respuesta parcial	4 (2,8%)	7 (4,9%)	6 (4,2%)	1 (0,7%)
Efectos secundarios	3 (2,1%)	---	---	1 (0,7%)
Otros	--	4 (2,8%)	1 (6,3%)	1 (0,7%)

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes tratados en nuestra unidad con mepolizumab son *naïve*, mientras que los pacientes en los que se prescribió como segunda opción provenían mayoritariamente de omalizumab. En un tercio de los pacientes, mepolizumab fue retirado por no respuesta o respuesta parcial (mayoritariamente de forma precoz). Fueron escasos los pacientes en los que se retiró por efectos secundarios, siendo también de forma precoz, por lo que consideramos que mepolizumab es un fármaco muy seguro.

#### 448. APICABILIDAD, EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL, DEL CONCEPTO DE REMISIÓN CLÍNICA EN PACIENTES AFECTOS DE ASMA BRONQUIAL GRAVE EOSINOFÍLICO MAL CONTROLADO EN TRATAMIENTO CON ANTICUERPOS ANTI- INTERLEUCINA 5 (IL-5)

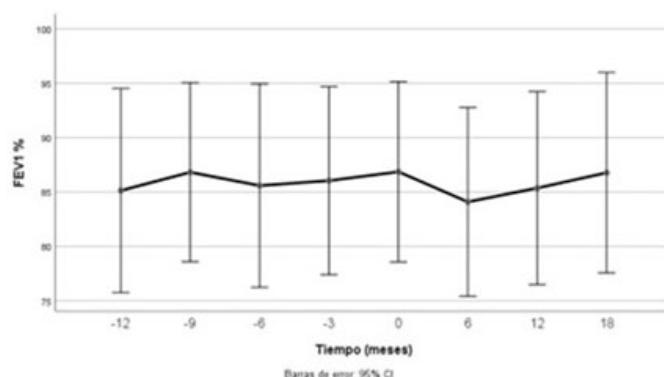
**Miriam Bullich Ramón**, Ana Sogo Sagardia, Carmen Rodríguez Triviño, Inés Ruiz Gemar, Manuel Luján Torné y Christian Domingo Ribas

Consorci Sanitari Parc Taulí, Sabadell, España.

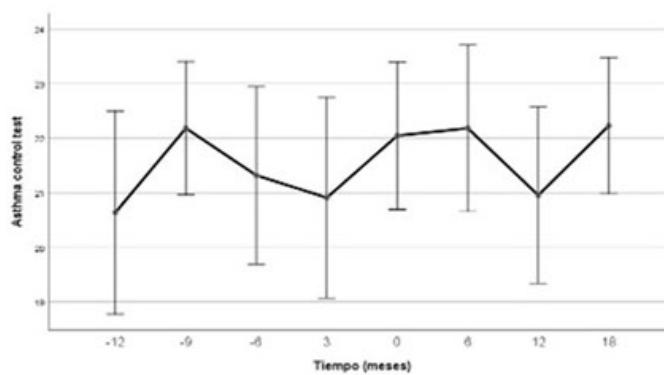
**Introducción:** Los criterios para considerar que un paciente afecto de asma bronquial grave se encuentra en fase de remisión clínica (RC) son: no uso de corticoesteroides sistémicos ni agudizaciones del asma bronquial en los 12 meses previos, un buen control del asma evaluado por el cuestionario ACT y estabilización/optimización de la función pulmonar respecto a la basal.

**Material y métodos:** Estudio abierto prospectivo observacional. Se incluyen 23 pacientes con asma grave eosinofílico en tratamiento con anti-IL5 que cumplen los criterios de RC. El período de seguimiento va desde el año previo (V -12) a la visita de remisión (V0) hasta los 18 meses posteriores, pasando a hacer controles semestrales (V +6, V +12, V +18). En cada visita se realizó: espirometría forzada, FeNO, ACT y analítica con hemograma e IgE. Se monitorizaron las agudizaciones y su tratamiento. Por pérdida del control de la enfermedad en la V +12 se excluyó a una paciente.

**Resultados:** De los 23 pacientes incluidos, 17 eran mujeres (74%), con una edad media de  $67 \pm 12$  años. Al inicio del tratamiento con anti-IL5 presentaban un  $FEV_1, 1,74 \pm 0,68L (70,08 \pm 18,57\%)$  y una puntuación en el ACT de  $13,17 \pm 4,56$ . Un 35% de los pacientes eran corticodependientes. En total hubo 10 agudizaciones (0,289/año). De V0 a V+6 el 13% de los pacientes habían presentado una agudización; de V+6 a V+12 un 21% (un ingreso hospitalario); de V+12 a V+18 se agudizaron el 9%. Ninguno de los pacientes incluidos en el estudio se agudizó en más de una ocasión, salvo la paciente que se excluyó. A pesar de las agudizaciones, no se observan en el análisis intrasujeto, diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los parámetros analizados.



Evolución del  $FEV_1$  (%) des de la V- 12 hasta la V+ 18.



Evolución de la puntuación en el cuestionario ACT des de la V-12 hasta la V+ 18.

**Conclusiones:** A pesar de espaciar las visitas de control, los pacientes se mantuvieron estables, sin que ello repercutiera en el control del asma. En la práctica clínica habitual, son aplicables los criterios de remisión clínica de forma segura.

## 774. APORTACIONES DE LA BRONCOSCOPIA CON BIOPSIA BRONQUIAL EN EL PACIENTE CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

**Carolina Karen Boris Bermeo**, Clara Climent Campos, María José Naharro Gascón, Loubna Dahmazi Dahmazi, María Climent Gregori, Ignacio Inchaurraga Álvarez, Nohelia Rojas Ferrer y Eva Martínez Moragón

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

**Introducción:** La broncoscopia puede ser una herramienta valiosa en pacientes con asma grave no controlada, para dilucidar patologías subyacentes y ayudar a caracterización del fenotipo del asma, incluida evaluación del remodelado bronquial. En el presente trabajo describimos la utilidad de este procedimiento en nuestra práctica clínica habitual.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes con asma grave a los que se ha indicado broncoscopia en nuestra unidad de asma durante periodo 2018-2024. Las indicaciones de broncoscopia fueron fenotipaje, exclusión de comorbilidades o valoración de respuesta inadecuada al tratamiento biológico.

**Resultados:** Se incluyeron 54 pacientes, 75,9% eran mujeres, edad media 67 años ( $DE \pm 14$ ). Fenotipo predominante fue T2 75,9%, ACT medio 15 ( $DE \pm 6$ ). El FEV<sub>1</sub> basal medio 89,9%, FENO 25 ppb (RIC:15-40) y eosinófilos en sangre periférica 200 células/ $\mu$ L (RIC:100-425).

9 pacientes estaban bajo tratamiento biológico con mala respuesta al mismo, distribuidos 7 omalizumab, 1 mepolizumab y 1 dupilumab. Los hallazgos más frecuentes identificados mediante broncoscopia fueron normalidad 40,7% y traqueobroncomalacia 29% (fig. 1). Por otro lado, se obtuvo aislamiento microbiológico en 59,3% muestras obtenidas del cultivo de lavado broncoalveolar. Etiología bacteriana predominó con 55,6%, siendo *Haemophilus* spp. el patógeno más común, mientras etiología fúngica se identificó en 3,7%. Se realizaron biopsias bronquiales en 47 pacientes, con una mediana de 4 biopsias por paciente (RIC:3-5). Los hallazgos histológicos más destacados (fig. 2) incluyeron engrosamiento de membrana basal 70,3% y presencia de eosinófilos en submucosa 54,1%. La biopsia bronquial fue determinante para fenotipado en 8 pacientes (18%): cambio de no T2 a T2 (6 casos) y cambio de T2 a no T2 (2 casos), tras este procedimiento, se inició o modificó tratamiento biológico en 6 pacientes. De 9 pacientes sometidos a biopsia bronquial durante tratamiento con agentes biológicos, 1 presentó inflamación eosinofílica, mientras recibía OMALIZUMAB. En los restantes, el mal control se asoció con etiologías infecciosas. En cuanto a complicaciones ocurrieron en 14,8%, siendo más frecuente broncoespasmo leve (9,3%) y sangrado (5,6%).

**Conclusiones:** La broncoscopia con biopsia de tejido bronquial puede resultar clave en el manejo del asma grave no controlada, permitiendo ajustes precisos en el tratamiento biológico. Su baja tasa de complicaciones subraya la necesidad de seguir investigando acerca del momento idóneo de indicación.

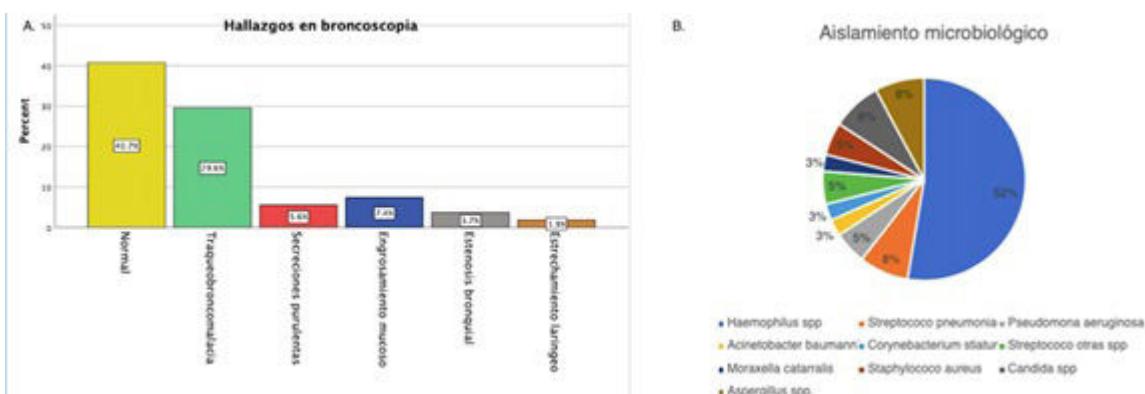


Figura 1.

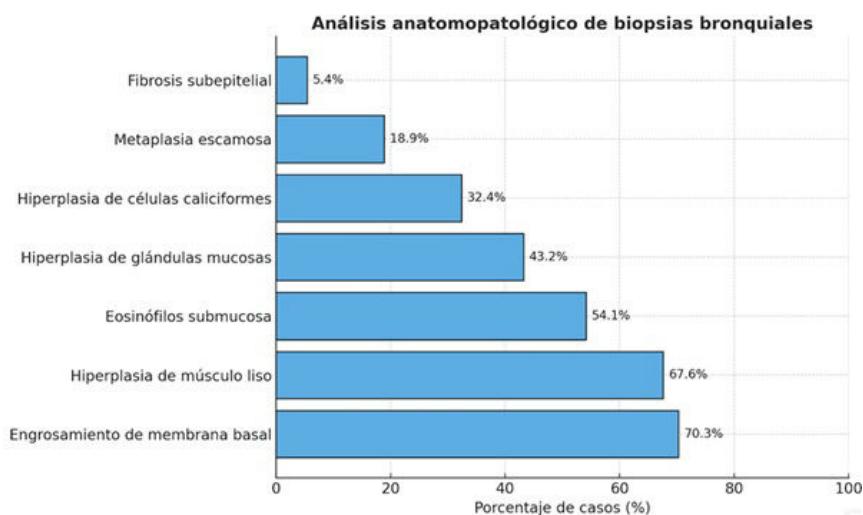


Figura 2.

## 466. ASMA E HIPERSECRECIÓN BRONQUIAL. RESULTADOS PRELIMINARES DE LA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO T-SEC

**Astrid Crespo Lessmann<sup>1</sup>, Esther Palones Femenia<sup>1</sup>, Javier Sáez Elizagaray<sup>2</sup>, Ana María Giménez Palleiro<sup>2</sup>, Alejandra Marín<sup>3</sup>, Doris Xiomara Monroy Parada<sup>1</sup>, Oriol Caritg Cirera<sup>1</sup>, Eduard Durán Cifuentes<sup>1</sup>, Eduardo Vélez Segovia<sup>1</sup> y Vicente Plaza Moral<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Neumología y Alergía, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. <sup>2</sup>Servicio de Radiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. <sup>3</sup>Especialidades Médicas, Hospital Dos de Maig, Consorci Sanitari Integral, Barcelona, España.

**Introducción:** La hipersecreción bronquial (HSB) en los asmáticos es una característica común que se asocia a un mayor declive de la función pulmonar, un mayor riesgo de mortalidad, una mayor presencia de bronquiectasias. En su definición se utiliza el concepto de bronquítico crónico, de broncorrea (producción de más de 100 ml o > 30 g de esputo en 24 horas), así como una puntuación de Duncan ≥ 4.

**Objetivos:** 1) Explorar los primeros resultados de la validación del cuestionario T-SEC. 2) Determinar el impacto clínico de la hipersecreción bronquial en el asma.

**Material y métodos:** Estudio transversal de 40 pacientes (18 con HSB y 22 sin HSB). Se definió como asmático con HSB aquel que expectoraba diariamente más de tres meses, durante más de dos años consecutivos. Se recogieron variables clínico-funcionales, se admis-

Tabla 1: Características clínicas, funcionales e imagenológicas de los pacientes asmáticos con y sin hipersecreción bronquial

Variables estudiadas	Fenotipo Hipersecretor (n = 18) media (SD) o %	Fenotipo No Hipersecretor (n = 22) media (SD) o %	Valor p	Test estadístico usado
<b>Edad (años)</b>	65 (11)	63 (12)	0.5225	Kruskal-Wallis Test
<b>Sexo (mujeres %)</b>	61%	77%	0.4455	Chi-squared Test
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	27,3 (5,4)	28,6 (5,6)	0.4382	Kruskal-Wallis Test
<b>Tabaquismo (%)</b>				Fisher's Exact Test
-Nunca fumador	56%	18%		
-Exfumador	33%	59%		
-Fumador activo	11%	23%	0.0475	
<b>Gravedad del asma (%)</b>				Fisher's Exact Test
-Persistente leve	5,6%	14%		
-Persistente moderado	28%	32%		
-Persistente grave	67%	55%	0.7146	
<b>Obstrucción crónica al flujo aéreo [FEV1/FVC] &lt; 0,7 o FEV1 &lt; 80 % del predicho (%)</b>	28%	33%	0.9787	Chi-squared Test
<b>EREA (%)</b>	22%	14%	0.6798	Fisher's Exact Test
<b>Poliposis (%)</b>	44%	18%	0.0927	Fisher's Exact Test
<b>Infección bronquial crónica (%)</b>	5,6%	0%	0.4500	Fisher's Exact Test
<b>Fenotipo alérgico (%)</b>	50%	59%	0.7983	Chi-squared Test
<b>Edad de inicio del asma media (adulto %)</b>	34%	39%	0.0250	Fisher's Exact Test
<b>ACT</b>	18,5 (4,8)	19,9 (4,1)	0.3934	Kruskal-Wallis Test
<b>Fenotipo eosinofílico en sangre (%)</b>	63%	38%	0.1040	Fisher's Exact Test
<b>Eosinófilos (&gt;300 µl)</b>				
FEV1%	78 (19)	78 (21)	0.9783	Kruskal-Wallis Test
FEV1/FVC (%)	65 (15)	67 (14)	0.7033	Kruskal-Wallis Test
<b>FENO ppb</b>	33 (23)	34 (37)	0.5424	Kruskal-Wallis Test
<b>Ingresa en los últimos 12 meses</b>	0,06 (0,29)	0,27 (0,55)	0.1302	Kruskal-Wallis Test
<b>Exacerbaciones en los últimos 12 meses</b>	1,22 (1,35)	0,73 (1,08)	0.1812	Kruskal-Wallis Test
<b>Esputo medio (mg)</b>	4537 (5614)	277 (1041)	0.0003	Kruskal-Wallis Test
<b>Esputo medio (mL)</b>	4 (5,4)	0,3 (1,1)	0.0003	Kruskal-Wallis Test
<b>Localización de los tapones mucosos por TC (%)</b>				Fisher's Exact Test
No tenia	5,9%	15%		
Difuso	5,9%	0%		
Lóbulos inferiores	71%	50%		
Lóbulos superiores	18%	35%	0.3059	
<b>Fenotipo predominante de los tapones mucosos (%)</b>				Fisher's Exact Test
No tenia	5,9%	10%		
Alargados y fibrosos	5,9%	5%		
Pequeños y rechonchos	88%	85%	1.0000	
<b>Score de Duncan</b>	7,4 (5)	5,2 (4,8)	0.1329	Kruskal-Wallis Test
<b>Score Duncan (&gt;=4) (%)</b>	65%	57%	0.8882	Chi-squared Test
<b>Atropamiento aéreo por TC (%)</b>				Fisher's Exact Test
No tenia	31%	33%		
Leve	38%	27%		
Moderado	23%	20%		
Importante	7,2%	20%	0.8831	
<b>Remodelación por TC torácico (%)</b>				Fisher's Exact Test
No tenia	18%	30%		
Leve	35%	40%		
Moderado	29%	30%		
Importante	18%	0%	0.3163	
<b>Enfisema por TC (sí, %)</b>	13%	14%	1.0000	Fisher's Exact Test
<b>Traqueomalacia por TC (sí, %)</b>	5,6%	10%	1.0000	Fisher's Exact Test
<b>Bronquiectasias por TC (sí, %)</b>	59%	33%	0.2138	Chi-squared Test
<b>T-SEC Score</b>	15 (6)	6 (5)	<0.0001	Kruskal-Wallis Test

ACT: cuestionario control del asma; EREA: enfermedad respiratoria exacerbada por la aspirina; FENO: Fracción exhalada de óxido nítrico; FEV1: Volumen espiratorio forzado en el primer segundo; FVC: Capacidad vital forzada; IMC: Índice de masa corporal; TC: tomografía computarizada; T-sec: Airway Mucus Secretion Test (\*).

\* Palones E, et al. Arch Bronconeumol. 2024 Mar; 60(3):186-190.

nistraron los cuestionarios T-sec, ACT, TAI, se cuantificó el esputo (mg y mL) recogido de 24 horas de dos días diferentes. En las TC torácicas se estableció: el recuento de tapones de moco mediante la puntuación de Dunican, localización principal y fenotipo del moco (corto-rechoncho, alargado-fibroso), cuantificación del atrapamiento aéreo, remodelación y presencia de comorbilidades.

**Resultados:** Al comparar ambos grupos, se encontraron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en la cuantificación del esputo, edad de inicio del asma, tabaquismo, el cuestionario T-sec (tabla 1). Las preguntas 1 a 6 del T-SEC contribuyen significativamente a diferenciar entre ambos tipos de pacientes. La pregunta 7 del T-sec no resultó significativa. Se encontró una asociación significativa ( $p < 0,05$ ) entre la cuantificación del esputo y: el sexo y las preguntas del T-SEC (2, 3, 4 y 6) y, entre la puntuación de Dunican y la localización principal y el fenotipo del moco, así como con la presencia de poliposis nasal. La tabla 2 muestra el análisis ROC para determinar el punto de corte óptimo para definir un paciente con HSB mediante el T-SEC ( $> 14,5$ ), según la cantidad de esputo ( $> 251,75$  mg y  $> 0,45$  mL) y la puntuación de Dunican ( $> 7,5$ ).

**Tabla 2:** Curvas ROC para discriminar entre los tipos de pacientes (hipersecretor y no hipersecretor) según: la cuantificación del esputo, el Score de Dunican y el T-sec

Curva ROC para la cuantificación del esputo: mg y mL				
Variable	AUC	Threshold (punto de corte)	sensitivity	specificity
Esputo medio (mg)	0.8178571	<b>251.75</b>	0.7142857	0.9
Esputo medio (mL)	0.8142857	<b>0.45</b>	0.7142857	0.9

Curva ROC para el Score de Dunican

Métrica	Valor:threshold
Punto de corte	<b>7.5</b>
Sensibilidad	0.76
Especificidad	0.59
AUC	0.64

Curva ROC para T-SEC

Métrica	Valor:threshold
Punto de corte	<b>14.5</b>
Sensibilidad	0.95
Especificidad	0.67
AUC	0.88

AUC: Área Bajo la Curva

**Conclusiones:** 1) El T-SEC es una herramienta útil, y con una elevada sensibilidad, para discriminar a los pacientes con asma e HSB. 2) La definición de hipersecretor en el asmático por cuantificación del esputo difiere de otros pacientes con patologías respiratorias. 3) El punto de corte actual empleado en el Score de Dunican para discriminar a los pacientes con HSB, no parece adecuado.

Este estudio cuenta con la financiación de AstraZeneca.

#### 44. ASMA EN VIDA REAL: DISTRIBUCIÓN DE BIOMARCADORES TIPO 2 SEGÚN LA GRAVEDAD

**José Antonio Castillo Vizuete**<sup>1</sup>, Francisco Javier González Barcala<sup>2</sup>, Encarnación López Gabaldón<sup>3</sup>, Gustavo Javier Rodrigo Rodrigo<sup>4</sup>, Carlos Almonacid Sánchez<sup>5</sup>, Juan Carlos Martín Sánchez<sup>6</sup>, Berta Juliá de Páramo<sup>7</sup> y Joaquim Mullo Miret<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Dexeus, Barcelona, España. <sup>2</sup>Hospital Clínico Santiago CHUS, Santiago de Compostela, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario de Toledo, España. <sup>4</sup>Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay. <sup>5</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España. <sup>6</sup>Universidad Internacional de Cataluña, Departamento de Ciencias Básicas, Sant Cugat del Vallés, España. <sup>7</sup>Departamento Médico, Merck Sharp & Dhome S.A, Madrid, España. <sup>8</sup>Hospital Clínic, Unidad de Rinología y Olfato, Barcelona, España.

**Introducción:** El asma de tipo 2 incluye diferentes fenotipos clínicos, pero la prevalencia e impacto de la gravedad es desconocido.

**Objetivos:** Describir la expresión y solapamiento de biomarcadores T2 en los diferentes niveles de gravedad en la cohorte de asmáticos del IRIS.

**Material y métodos:** Los 492 pacientes con asma fueron estratificados de acuerdo con la clasificación de gravedad (GEMA) en cuatro grupos: intermitente o persistente (leve, moderado y grave). La identificación de la inflamación de tipo 2 se realizó según los criterios definidos por eosinofilia en sangre periférica ( $\geq 300$  células/ $\mu$ L), IgE total ( $\geq 100$  IU/mL) y fracción espiratoria de óxido nítrico (FeNO  $\geq 25$  ppb). Los pacientes sin un registro completo de los 3 biomarcadores fueron excluidos del análisis de distribución.

**Resultados:** 207 (42% del total) pacientes con asma fueron analizados según la gravedad por GEMA: 64 (31%) con diagnóstico de asma grave, 63 (30%) moderado, 41 (20%) leve y 39 (19%) con asma intermitente. En los pacientes con asma grave la IgE total fue el biomarcador T2 más frecuentemente elevado (75%) con independencia de su condición alérgica, seguido por el FeNO (62%) y la eosinofilia en sangre (56%). La coexpresión elevada de los tres biomarcadores fue más frecuente en el asma grave (27%) y en el moderado (25%).

**Conclusiones:** La mayor frecuencia de expresión de los biomarcadores T2 se asoció a los diferentes niveles de gravedad, con un predominio en el asma grave y moderado. La determinación de biomarcadores de tipo 2 en el asma es importante pero es necesaria la evaluación concurrente de marcadores clínicos para identificar el asma grave.

#### 427. ASMA Y CALIDAD DEL SUEÑO. ¿AFECTA ESTO A SU CONTROL?

**Maria del Pilar Lobato de la Sierra**<sup>1</sup>, Daniel del Castillo Otero<sup>1</sup>, Jose Gregorio Soto Campos<sup>2</sup>, Aurelio Arnedillo Muñoz<sup>3</sup> y María Morales González<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Puerto Real, España. <sup>2</sup>Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España. <sup>4</sup>Hospital Punta Europa, Algeciras, España.

**Introducción:** Los trastornos del sueño y la mala calidad del sueño son comunes entre los pacientes con asma y se asocian con mala calidad de vida, sin embargo, se sabe poco acerca de cómo estos pueden afectar al mismo. Por ello el objetivo principal de nuestro estudio fue determinar la prevalencia de insomnio en pacientes asmáticos de la provincia de Cádiz y evaluar la relación entre el insomnio y el control del asma.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio observacional transversal sobre una muestra de pacientes adultos con asma atendidos en consultas de Neumología de 4 hospitales de la provincia de Cádiz entre octubre de 2023 y noviembre de 2024. Se recogieron datos sociodemográficos, comorbilidades, antecedentes de trastornos emocionales y tratamiento con psicofármacos, datos clínicos sobre gravedad y control de asma (ACT, agudizaciones, ingresos previos), biomarcadores, función pulmonar (espirometría) y tratamiento del asma. El insomnio se evaluó mediante la versión en castellano del Insomnia Severity Index (ISI). También se exploraron síntomas de ansiedad y depresión usando la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).

**Resultados:** De los 314 pacientes, 217 (69,1%) eran mujeres, la edad media oscilaba en 53,6 años. 194 (61,7%) de los pacientes presentan insomnio, con tratamiento para el mismo únicamente en 73 (39,6%) de ellos. En esta población se objetivó una diferencia estadísticamente significativa en presencia de comorbilidades (40,1%), así como un número mayor de agudizaciones (1,36) y menor media en el ACT (15,01) con respecto al grupo sin insomnio (20,3%, 0,98 y 20,3, con  $p < 0,04$ ,  $< 0,001$  y  $< 0,001$  respectivamente, tabla). Por otra parte, 192 pacientes (61,1%) obtuvieron un puntuaje  $> 10$  en el cuestionario HAD y solo 69 (35,9%) de ellos tenían diagnóstico de trastorno depresivo o ansiedad previos, así como únicamente tomaban medicación 80 (41%). Hemos

analizado también la media de ACT (15,57), agudizaciones (1,35) y comorbilidades (59%), objetivándose diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo que obtuvo una puntuación < 10 en el cuestionario HAD ( $p < .001$ ;  $< 0,012$  y  $< 0,01$  respectivamente).

#### Variables analizadas en ambos grupos y su relación

	Insomnio	No insomnio	p <
Comorbilidades (%)	40,1%	20,3%	0,04
Agudizaciones (media)	1,36	0,98	0,001
ACT (media)	15,01	20,3	0,001
Ciclos de CO (media)	1,10	0,90	0,066
FEV,% (media)	80%	82%	0,667
Eosinófilos (media)	291,4	294,6	0,107
FeNO (media)	46,5	57,2	0,092
IgE (media)	217,1	191,7	0,356
AOS (%)	8,2%	8,3%	0,69

**Conclusiones:** 1. Podemos observar que los asmáticos con insomnio presentan un peor control de su enfermedad, mayor número de agudizaciones y comorbilidades con respecto al grupo sin insomnio. 2. Nos llama la atención el número de pacientes con resultados de cuestionario HAD compatible con ansiedad y/o depresión que no tiene diagnóstico ni tratamiento para las mismas.

## 20. ASOCIACIÓN ENTRE LA DIETA MEDITERRÁNEA Y LA INCIDENCIA DE ASMA DE INICIO EN ADULTOS EN EL PROYECTO SUN: UN ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO ESPAÑOL

Javier Errasti Viader<sup>1</sup>, Arantza Campo Ezquibela<sup>2</sup>,  
Miguel Ángel Martínez González<sup>1</sup> y Maira Bes Rastrollo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Navarra, Pamplona, España. <sup>2</sup>Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

**Introducción:** Algunos factores dietéticos se han asociado al diagnóstico de asma. Sin embargo, la evidencia es inconclusa. El objetivo de este estudio fue explorar la dieta mediterránea (DM) y su asociación con la incidencia de asma en el proyecto SUN, una población adulta mediterránea.

**Material y métodos:** Se recopilaron hábitos dietéticos y diagnósticos de asma dentro de la cohorte SUN (Seguimiento Universidad de Navarra). El asma de inicio en adultos se definió como un diagnóstico autorreferido en los últimos 2 años en cualquier cuestionario de seguimiento bianual en adultos sin enfermedad de las vías respiratorias al inicio del seguimiento. Se evaluó un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos basal y se repitió a los 10 años de seguimiento. Medimos la adhesión a la dieta mediterránea (DM) mediante el Mediterranean Diet Score (MDS). Generamos cuatro categorías de adherencia a la DM basadas en el MDS. Utilizamos modelos multivariados de Cox de medidas repetidas ajustados por posibles factores de confusión.

**Resultados:** De 17.127 participantes seguidos durante una media de 12,8 años, 302 declararon un nuevo diagnóstico de asma. En el análisis combinado, se observó una asociación negativa significativa entre el riesgo de asma recién diagnosticada y las categorías de MDS: las razones de riesgos fueron 1 para el grupo de referencia (grupo 1 - menor adherencia a la DM), 0,67 (IC95%: 0,49 a 0,91) para el grupo 2, 0,74 (0,54-1,03) para el grupo 3 y 0,58 (0,36-0,95) para el grupo 4 (los participantes con mayor adhesión a la DM).

**Conclusiones:** Este es el primer estudio realizado en una población adulta mediterránea que ha encontrado una asociación significativa entre una mayor adherencia a la dieta mediterránea y una menor incidencia de asma en adultos. Creemos que los resultados contradictorios en varios estudios que examinan esta relación se deben no solo a diferencias metodológicas en la determinación del diagnóstico de asma autorreferido o en la medición de la exposición, sino también al origen de la población estudiada y la heterogeneidad patogénica del asma.

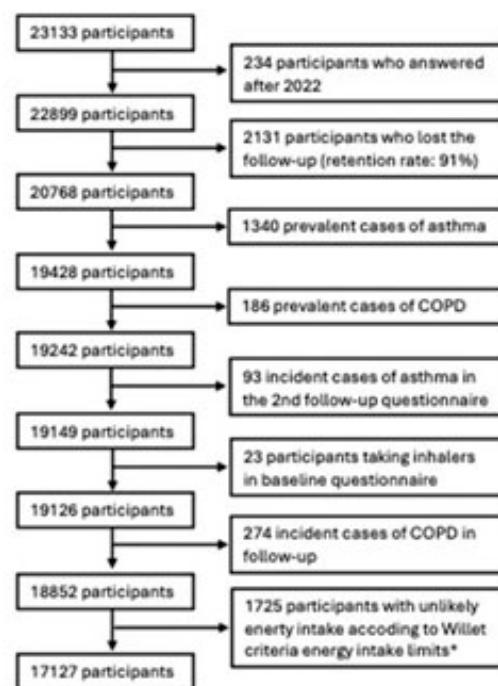
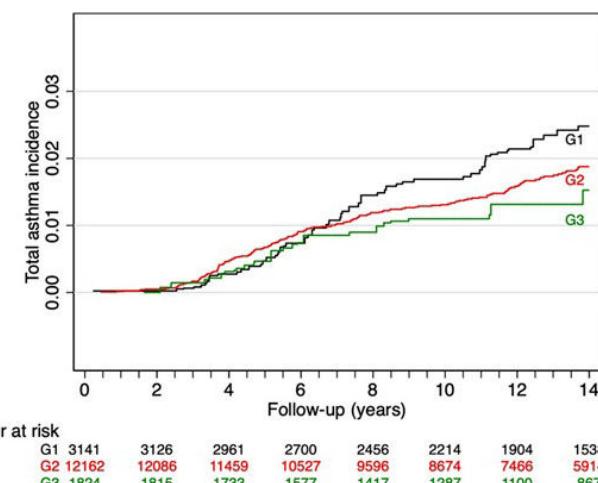


Figure 1. Flow chart showing the selection process of participants in the SUN Project to be included in the present analysis.

\*Willet criteria energy intake limits: <800 kcal or >4200 kcal in men and <600 kcal and >3600 kcal in women (1893 participants).



## 517. CALIDAD ASISTENCIAL EN URGENCIAS POR AGUDIZACIONES DE ASMA EN UN HOSPITAL TERCARIO: ANÁLISIS DEL SEGUIMIENTO PREVIO E IMPACTO EN EL PRIMER AÑO

Agnes Hernández Biette<sup>1</sup>, Carlos Martínez Rivera<sup>1</sup>,  
Anna Núñez Condominas<sup>2</sup>, Ignasi García Olivé<sup>1</sup>,  
Maria Basagaña Torrentó<sup>1</sup>, Clara Padró Casas<sup>1</sup>,  
Leandro Tapia Barredero<sup>1</sup> y Antoni Rosell Gratacós<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

<sup>2</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, Badalona, España.

**Introducción:** Las agudizaciones de asma tienen un impacto creciente en el sistema sanitario, con un aumento del 30% en los últimos 20 años. Mejorar su manejo podría reducir este impacto, pero es fun-

damental evaluar primero la calidad asistencial en nuestro entorno. Este estudio analiza el cumplimiento de las guías en el manejo de las exacerbaciones en nuestro hospital, la calidad asistencial previa y su impacto en el seguimiento al año.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional de cohortes en 87 pacientes atendidos en Urgencias menos de 24 horas por agudización asmática durante el 2022. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, exacerbaciones previas, seguimiento y tratamiento del asma, así como monitorización y manejo en Urgencias. Se evaluó el informe de alta según las guías GEMA, valorando si se incluía al alta tratamiento con corticoides sistémicos, ICS-LABA y derivaciones a medicina de atención primaria (MAP) y neumología (NML). Además se recogieron datos de seguimiento posterior y cuantificación de exacerbaciones durante el siguiente año.

**Resultados:** La edad media fue de 51 años (SD 23), el 80% eran mujeres. El 50% tenía asma grave, el 58% seguía tratamiento con ICS-LABA, el 26,3% triple terapia inhalada y el 31,8% no recibía tratamiento. El 48% y 49% habían sido atendidos en el año previo por MAP y NML, respectivamente. El 50% presentó exacerbaciones previas, con un promedio de 1,26 (DE 1,7). Tras la exacerbación, no hubo cambios en el% de pacientes que realizaban seguimiento por MAP o NML ni en el número de exacerbaciones (tabla 1). En la mayoría de pacientes el informe de alta si reflejaba la SatO2 y FR en la mayoría, pero solo el 25% incluyó FEM inicial, descendiendo al 5,6% a las 3 horas. La mayoría recibió corticoides sistémicos y broncodilatadores; el 45% requirió O2. Al alta, el 46,9% recibió ICS-LABA, el 29,9% fue derivado a NML y el 6,7% al MAP. Los informes completos fueron solo el 17,2% (tabla 2).

Tabla 1. Cambios antes y después de la exacerbación en tratamiento, atención por MAP y NML y en exacerbaciones

	Antes de la exacerbación	Tras la exacerbación
Combinación ICS-LABA%	58	46,9
Visita por MAP%	47,6	28,9
Visita por NML%	51,7	50,6
Hospitalización%	22%	24%
N.º hospitalización (DE)	0,26 (0,5)	0,36 (0,7)
Urgencias %	44,4	41,4
N.º de Urgencias (DE)	0,71 (1)	0,63 (1)
Exacerbación ≥ 1%	53,1	58,6
N.º de exacerbaciones	1,26 (1,7)	1,25 (1,7)

**Conclusiones:** El contacto sanitario por agudización de asma no conduce a un mejor control ni previene nuevas exacerbaciones, evidenciando la necesidad de mejorar la atención antes, durante y tras

la visita a Urgencias. Se plantea la implementación de programas conjuntos con Primaria para optimizar la atención de asmáticos en nuestro ámbito. Además de la implementación de sesiones formativas periódicas en urgencias.

Tabla 2. Datos relativos a exacerbación e informe de alta

	%
Velocidad de instauración	
Rápida	26,6
Lenta	73,4
Se realizó cultivo esputo	9,9
Se preguntó por origen esputo	26,3
Se realizó hemograma	90,1
Gravedad de la agudización	
Leve	59,3
Moderada	33,3
Grave	7,4
Riesgo vital	0
Se identificó si riesgo muerte	4,4
Se recogió FR	93,7
Se recogió SatO2	96,3
Se recogió FEM o FEV <sub>1</sub>	25,3
Se administró corticoides sistémicos	85,7
Se administró O2	45,9
Se administró salbutamol + bromuro iprat	97,4
Se administró Sulfato de Mg	2,6
Se administró Corticoides inhalados	37,7
Se monitorizó FEM	
A la hora	13,2
A las 3 horas	5,6
Informe con derivación a la semana a MAP	6,7
Informe con derivación al mes a NML	29,9
Informe con tanda de corticoides sistémicos	76,5
Informe con combinación B2+cortis	46,9
Informe completo	17,2
Informe con variables de tratamiento	37

## 119. CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA: CONSULTA MONOGRÁFICA DE ASMA GRAVE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

**Andrea Trisán Alonso, Teresa Caruana Careaga, Pablo Cazallo Navarro, Dolors Montserrat Capella, Carolina Ruiz Entrecanales y Carlos Almonacid Sánchez**

*Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España.*

**Introducción:** El propósito del estudio fue analizar la experiencia de los pacientes con asma grave que acudían a revisión a la consulta

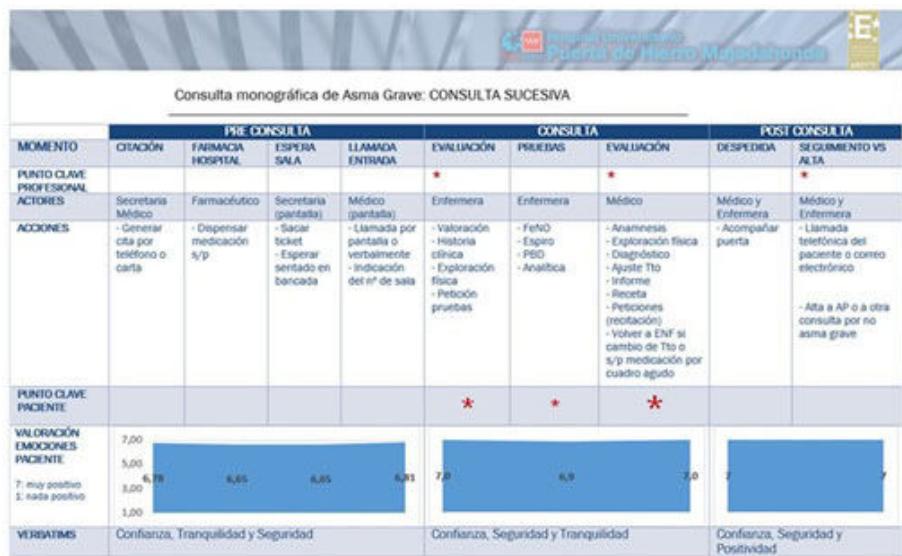


Figura 1. Comunicación 119.

monográfica del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (HUPHM).

**Objetivos:** Identificar áreas de mejora en la calidad asistencial y en la percepción del paciente.

**Material y métodos:** Diseño: Encuesta de calidad supervisada por la Unidad de Calidad del hospital, aplicada a pacientes atendidos en la consulta monográfica de asma grave (consultas sucesivas). Población: 37 pacientes encuestados durante el mes de diciembre de 2023. Proceso: evaluación de las etapas preconsulta, consulta y posconsulta, incluyendo aspectos emocionales y técnicos. Se midió la satisfacción general y el Net Promoter Score (NPS). Supervisión: todas las encuestas fueron revisadas por la Unidad de Calidad del hospital.

**Resultados:** Resultados (fig.). Momentos destacados por los pacientes: 1. Evaluación médica. 2. Evaluación y educación por la enfermería. 3. Realización de pruebas complementarias. Emociones predominantes: Preconsulta: confianza, seguridad y tranquilidad (4,92/5); Consulta: confianza y positividad (5/5); Posconsulta: seguridad y tranquilidad (5/5); Satisfacción general: Net Promoter Score (NPS): 100 (sin pasivos ni detractores). Alta valoración de las tres fases del proceso asistencial. Retos identificados: mejorar la información proporcionada sobre pruebas complementarias y extender la metodología a pacientes de primera consulta.

**Conclusiones:** La atención en la consulta monográfica de asma grave es altamente valorada por los pacientes, con emociones positivas dominantes en todas las etapas. La integración de aspectos técnicos y emocionales por parte del equipo asistencial refuerza la confianza y seguridad en los pacientes. Para el próximo año, se propone ampliar el alcance del estudio a nuevos pacientes y optimizar la comunicación sobre pruebas complementarias.

## 526. CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES TRATADOS CON TEZEPLEMAB Y EFICACIA

Marina Blanco Aparicio<sup>1</sup>, Ana Berriochoa Rodríguez<sup>2</sup>, Darien Duarte Busquet<sup>2</sup>, Pilar Sanjuan López<sup>2</sup>, Berta Varona Galán<sup>2</sup>, Alicia Tirados Fernández<sup>2</sup>, María Fernández Marrubé<sup>2</sup>, Enriqueta Álvarez Moyano<sup>1</sup> y Carmen Montero Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario A Coruña, A Coruña, España. <sup>2</sup>Hospital Universitario A Coruña, A Coruña, España.

**Introducción:** En el momento actual existen 6 fármacos biológicos aprobados para el tratamiento del asma grave no controlada (AGNC), siendo el tezepelumab la última incorporación al arsenal terapéutico por lo que existen pocos datos en la vida real.

**Objetivos:** Analizar el perfil de pacientes tratados con tezepelumab y su eficacia en una unidad especializada de asma.

**Material y métodos:** Revisión de la historia clínica electrónica de todos los pacientes tratados con tezepelumab desde octubre 2023 hasta noviembre 2024 con recogida de variables sociodemográficas, clínicas, comorbilidades, biomarcadores T2 (eosinófilos, Ig E, FeNO), tratamientos biológicos previos, consumo de tabaco, tratamiento con corticoides, función pulmonar, ACT. Se valoró la eficacia a los 6 meses mediante ACT, exacerbaciones, reducción de GCO, y función pulmonar.

**Resultados:** Se han incluido 26 pacientes con edad media de  $61,15 \pm 14,51$  años y el 88% son mujeres. En 10 pacientes fue el primer fármaco biológico utilizado y en los restantes 16 recibieron > 1 fármaco. En la tabla 1 se observan las comorbilidades presentes y en la tabla 2 las características basales distribuidas en función de que sea la primera indicación o haya recibido otros biológicos previos. En los pacientes naïve se ha observado respuesta en ACT en todos los pacientes, ausencia de exacerbaciones a los 6 meses en 88%, mejoría de FEV<sub>1</sub> en 75% y retirada/reducción de 50% de la dosis de GCO en 100%.

Tabla 1. Características demográficas y comorbilidades n = 26

Edad, años, media ± DE (rango)	61,15 ± 14,51 (31-81)
Mujeres, n (%)	23 (88)
Tratamiento biológico previo, n (%)	
0	10 (38,5)
1	6 (23,1)
2	5 (19,2)
3	3 (11,5)
4	2 (7,7)
Comorbilidades, n (%)	
Pruebas alérgicas +	14 (53,8)
Poliposis	5 (19,2)
EREA	4 (15,4)
Dermatitis atópica	1 (3,8)
ABPA	1 (3,8)
GCO de mantenimiento, %	15 (57,6)

\*Actual o histórico.

Tabla 2. Características al inicio de tratamiento con tezepelumab

	Cambio de biológico n = 16	Naïve n = 10
Edad media (DE)	56,9 ± 15,6 (31-80)	67,9 ± 9,79 (51-81)
Mujer (%)	81	100
Raza blanca (%)	100	100
Nunca fumador (%)	62,5	70
GCI dosis altas (%)	100	100
Uso de GCO (%)	81	30
Dosis media GCO, mg (DE)	17,66 ± 22 (0-90)	6,66 ± 2,88 (5-10)
Media exacerbaciones 12 m (DE)	3,56 ± 2,42	3,6 ± 1,64 (0-5)
FEV <sub>1</sub> medio basal% (DE)	66,6 ± 22,9	71,8 ± 23,3 (28-105)
FEV <sub>1</sub> medio L (DE)	1.610 ± 594 (810-2.640)	1.405 ± 517 (490-2.230)
Eosinófilos sangre, cels/ul (DE)	140 ± 194 (0-510)	386 ± 336
Eosinófilos < 150 cels/ul*, %	62,5	1 (10%)
Pruebas alérgicas positivas, %	56	50
Ig E, UI	335,9 ± 501,5 (3-1980)	404,8 ± 466,8 (15-1348)
FeNO medio, ppb (DE)	26 ± 21 (6-69)	34,8 ± 30,8
FeNO ≥ 25 ppb, %	37,5	44
ACT medio (DE)	9,23 ± 3,37	10,8 ± 4,42

**Conclusiones:** 1. El 90% de los pacientes naïve tratados con tezepelumab presentan un fenotipo inflamatorio T2. 2. En nuestra serie tenían poliposis 9 (35%) de los pacientes, de los cuales 4 (15%) corresponden a EREA. 3. El tezepelumab ha mostrado eficacia en mejoría de síntomas, reducción de exacerbaciones, disminución de la dosis de GCO y mejoría de función pulmonar incluso en pacientes con tratamientos biológicos previos.

## 807. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES NAÏVE VS. PACIENTES TRATADOS PREVIAMENTE CON BIOLÓGICOS EN TRATAMIENTO ACTUAL CON TEZEPLEMAB

Jesús Vázquez Domínguez, Andrea Vera Pila, Teresa Mascarell Roda, Juan Manuel Diez Piña, Javier Gallego Borrego y Nuria Reyes Núñez

UGC Neumología. Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España.

**Introducción:** El asma grave no controlada (AGNC) precisa generalmente para su control de tratamiento biológico añadido al tratamiento de base. Es preciso conocer las características de los pacientes para conseguir un tratamiento individualizado. Tezepelumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra la linfopoyetina estromal tímica (TSLP) impidiendo interacción al receptor TSLP. Tanto los desencadenantes alérgicos como los no alérgicos inducen la producción de TSLP. El bloqueo de TSLP reduce un amplio espectro de biomarcadores y citoquinas asociados con la inflamación de las vías respiratorias.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes con asma grave y en tratamiento con tezepelumab

Tabla 1

VARIABLES	NAÏVE (n=8)	BIOLÓGICO PREVIO (n=16)
<b>Sexo: Mujer n (%)</b>	5 (62.5)	12 (75)
<b>Edad: años (media ± DS)</b>	56 (16.81)	52
<b>Fumador: n (%) Exfumador</b>	4 (50)	7 (43.8)
<b>Nunca fumador</b>	4 (50)	9 (56.3)
<b>IPA: paq-año (media ± DS)</b>	12.75 (20.82)	6.69 (9.18)
<b>IMC: kg/m<sup>2</sup> (media ± DS)</b>	29.38 (5.42)	29.93 (7.06)
<b>Tipo asma: n (%) T2 alérgico</b>	1 (12.5)	3 (18.8)
<b>T2 eosinofilico</b>	1 (12.5)	2 (12.5)
<b>T2 mixto</b>	3 (37.5)	9 (56.3)
<b>T2 bajo</b>	3 (37.5)	2 (12.5)
<b>Neumoalérgenos: n (%)</b>	4 (50)	12 (75)
<b>Rinosinusitis + Poliposis: n (%)</b>	1 (12.5)	2 (12.5)
<b>Rinosinusitis sin poliposis: n (%)</b>	0	4 (25)
<b>Depresión/Ansiedad: n (%)</b>	2 (25)	6 (37.5)
<b>AOS: n (%)</b>	1 (12.5)	4 (25)
<b>Doble terapia: n (%)</b>	1 (12.5)	1 (6.3)
<b>Triple terapia: n (%)</b>	7 (87.5)	15 (93.8)
<b>ARLT: n (%)</b>	7 (87.5)	15 (93.8)
<b>Macrólidos: n (%)</b>	2 (25)	1 (6.3)
<b>Corticodependientes: n (%)</b>	0	5 (31.3)
<b>Biológico previo: n (%) 1 biológico</b>		7 (43.8)
<b>&gt;1 biológico</b>		9 (56.3)
<b>Motivo suspensión: n (%) Falta de eficacia</b>		12 (75%)

Tabla 2

VARIABLES EN V1	NAÏVE	p	BIOLÓGICO PREVIO	p
<b>EXACERBACIONES</b> media ± DS (diferencia)	0.57 ± 0.53 (-0.85)	0.045	1.27 ± 1.42 (+0)	1
<b>CICLOS GCO</b> media ± DS (diferencia)	0.43 ± 0.53 (-0.85)	0.111	1.36 ± 1.43 (-0.36)	0.603
<b>EOSINÓFILOS</b> media ± DS (diferencia)	192 ± 98.34 (-152)	0.15	498.75 ± 1058.49 (+125)	0.624
<b>FENO</b> media ± DS (diferencia)	34.14 ± 40.69 (+0.33)	0.95	12.30 ± 6.23 (-4.5)	0.168
<b>ACT</b> media ± DS (diferencia)	14.86 ± 2.79 (+7.71)	0.01	11.55 ± 5.3 (+2.82)	0.126
<b>FEV1 (%)</b> media ± DS (diferencia)	57.57 ± 19.22 (+11.57)	0.275	61.89 ± 22.5 (+0.78)	0.816
<b>FEV1 (ML)</b> media ± DS (diferencia)	1710 ± 760.53 (+305.71)	0.248	1674.44 ± 559.35 (0)	1
<b>FVC (%)</b> media ± DS (diferencia)	72.86 ± 17.33 (+13.43)	0.254	73.44 ± 16.86 (+0)	1
<b>FVC (ML)</b> media ± DS (diferencia)	2702.86 ± 899.12 (+445.71)	0.246	2366.67 ± 729.38 (-158.89)	0.331
<b>FEV1/FVC</b> media ± DS (diferencia)	62.14 ± 12.37 (+0.57)	0.779	65.22 ± 11.38 (+0.56)	0.834

desde 01/01/24 hasta 26/11/24. Se analizaron datos demográficos, historia asmática, comorbilidades, exacerbaciones, cuestionario de control asmático (ACT), espirometría, eosinofilia, ciclos de corticoides, agudizaciones y escala EXACTO de forma basal y a los 4 meses. Las variables cuantitativas se expresan como medias y las cualitativas como porcentajes. Realizamos t de Student de muestras apareadas para variables numéricas y chi cuadrado para variables no numéricas (valor de la significación estadística  $p < 0.05$ ).

El objetivo principal fue analizar la diferencia de medias entre la visita inicial (V0) y a los 4 meses (V1) entre pacientes naïve y ya tratados con biológico.

**Resultados:** Serie de 24 pacientes durante  $18.76 \pm 5.34$  semanas, de los cuales 8 eran naïve y 16 habían sido tratados previamente con biológico. Las características basales se muestran en la tabla 1. 18 pa-

cientes han tenido una primera revisión. En los 7 pacientes naïve se aprecia una mejoría en todos los parámetros tras 4 meses de tratamiento, destacando la mejoría del ACT y la disminución del número de exacerbaciones, resultando ambas estadísticamente significativas (tabla 2). Tras aplicar la escala EXACTO tras V1, de los 17 pacientes que no tomaban GCS, el 5,88% pacientes no tenían respuesta, el 24% tenían respuesta parcial, 29% una buena respuesta y 41% tenían una respuesta completa (superrespondedores). El único paciente que tomaba GCS de mantenimiento presentó respuesta parcial. Solo 3 pacientes abandonaron tratamiento tras V1.

**Conclusiones:** Los pacientes naïve parecen tener una mejor respuesta temprana al tratamiento con tezepelumab, sobre todo en cuanto a ACT y a reducción del número de exacerbaciones, además de tener un alto porcentaje de respuestas completa al tratamiento.

## 354. CARACTERÍSTICAS TOMOGRÁFICAS EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA CON INDICACIÓN DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO: UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE ALTERACIONES EN LA VÍA AÉREA

**Mar Mosteiro Añón, Elena Chavarri Ibáñez, María Pérez Costas, Adriana Caldera Díaz, Iván Rodríguez Otero, Natalia Castro Martínez y Alberto Fernández Villar**

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.

**Introducción:** El asma grave no controlada (AGNC) representa un desafío clínico importante, dado su impacto en la vida del paciente y en los recursos sanitarios. La caracterización estructural de las vías respiratorias mediante tomografía computarizada (TC) en este grupo de pacientes sigue estando poco explorada. Este estudio tiene como objetivo analizar de manera detallada los hallazgos radiológicos en pacientes con AGNC que han sido evaluados para el inicio de terapias biológicas, aportando información clave sobre la prevalencia y distribución de las principales alteraciones en la vía aérea.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo de las imágenes de TC mediante puntuación por pares de radiólogos expertos en tórax. Se utilizan las imágenes de TC realizada como parte del proceso de atención al asma grave no controlado. Se evalúa la presencia de: bronquiectasias (y tipo), engrosamiento bronquial, tapones de moco y su extensión por lóbulos (N: 5); y si describe la presencia de afectación centrilobulillar, poda vascular y enfisema.

**Resultados:** Se analizan 66 pacientes con AGNC que disponen de TC antes de inicio de biológico. Las características se muestran en las tablas 1. Los hallazgos de TC son (tabla 2): bronquiectasias en 25 (36%), cilíndricas la mayoría (28%); engrosamiento bronquial en 64 (95,5%), tapones mucosos en 55 (82%), centrilobulillo: 29 (43%), poda vascular: 15 (22%). Los hallazgos más extensos son (tabla 2): engrosamiento (afecta a 4 o 5 lóbulos en 93% pacientes) y los tapones de moco (presentes en 4 o 5 lóbulos en 49,8%), las bronquiectasias son menos profusas. No hay correlación entre los tapones de moco y el engrosamiento (fig. 1) ni tampoco con FEV<sub>1</sub>, FVC, ACT, ni exacerbaciones (fig. 2).

Tabla 1. Características basales de los pacientes

	Media	DE	25 Percentil	75 Percentil
Edad	56,7	12,6	48,0	65,0
IMC	29,3	6,6	26,0	30,8
ACT	13,1	4,1	10,0	16,0
Exacerb (ult año)	3,72	2,1	2	5
COS dosis media ult 12m	9,6	5,4	5,0	15,0
FEV <sub>1</sub> bd, ml	1.987,8	709,8	1.477,5	2.457,5
FVC bd, ml	3.272,6	1.131,1	2.510,0	4.022,5
FEV <sub>1</sub> % bd	55,5	83,5	56,0	86,0
FVC% bd	92,9	15,1	86,8	101,0
COS dosis media ult 12m	9,6	5,4	5,0	15,0
FeNO	57,3	35,1	31,0	75,0
Eosinófilos (ult.año)	706,2	345,1	455,0	850,0
IgE	602,9	1102,1	117,5	500,0
SNOT22	39,8	24,3	21,5	50,5
EVA expectoración	5,0	2,9	2,8	7,2
Intolerancia AAS				

Características no cuantitativas

N: 66 pac	N	%
Sexo mujer	38	56,7
Inicio adulto	49	73
N > 2 exacerb-a	29,3	6,6
ACT < 20	59	90
ACT < 16	47	71
COS oral	17	25,4
Atopia	24	36
Alergia	15	22,4
Expectorador	35	52
Infección MPP	9,6	5,4
PPNN	31	46,3
Intolerancia AAS	10	15
Exfumador (> 10 pa)	10	15

Tabla 2. Características radiológicas (TC)

N: 66 pac	Sí	%
Bronquiectasias cilíndricas	19	28,4
Bronquiectasias Q-V	6	9
Engrosamiento bronquial	64	95,5
Tapones mucosos	55	82
Centrilobulillo	29	43
Poda vascular	15	22
Enfisema	2	3

Tabla 3

Extensión de la afectación

N.º lóbulos afectos	1	2	3	4	5
Bronquiectasias cilíndricas	12,6				
Engrosamiento bronquial	2 (3%)				
Tapones mucosos	4 (%)	6 (9%)	11 (16,7%)	10 (15%)	23 (34,8%)

Correlation Matrix for Tapones and Related Variables

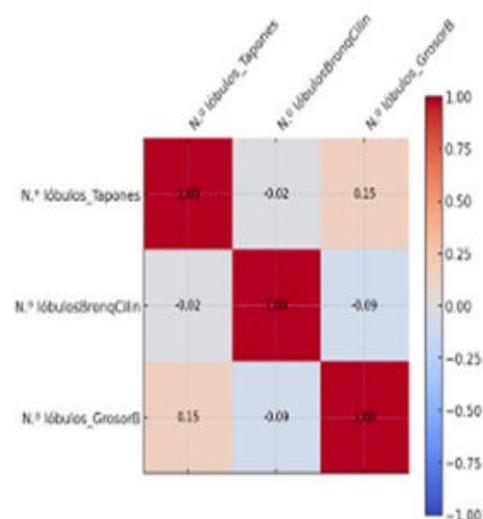


Figura 1. Correlación tapones mucosos y otros hallazgos TC.

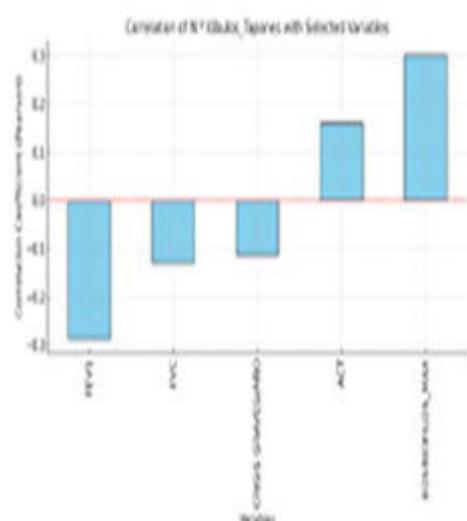


Figura 2. Correlación tapones mucosos y características basales.

**Conclusiones:** El AGNC con indicación de biológico tiene una extensa afectación de las vías aéreas, con engrosamiento y tapones mucosos afectando a la mayoría de los lóbulos, dominando sobre la presencia de bronquiectasias. Otros hallazgos como la poda vascular y la afectación centrilobulillar son muy significativos y deben evaluarse.

## 601. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES ADULTOS CON CRISIS DE ASMA ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE ARAGÓN. ANÁLISIS DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL TRAS ATENCIÓN URGENTE. RESULTADOS PRELIMINARES

José Ángel Carretero Gracia<sup>1</sup>, Francisco Estupiñán Romero<sup>2</sup>, Elisabet Vera Solsona<sup>3</sup>, Rafael Marrón Tundidor<sup>4</sup>, Ignacio Pérez Camo<sup>5</sup> y Enrique Bernal Delgado<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Royo Villanova, Zaragoza, España. <sup>2</sup>Data Scientist for the Health Services and Policy Research group, Institute for Health Sciences in Aragón (IACS), Zaragoza, España. <sup>3</sup>Sociedad Aragonesa de Aparato Respiratorio, Zaragoza, España. <sup>4</sup>Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias Aragón, Zaragoza, España. <sup>5</sup>Alergoaragon, Zaragoza, España.

**Introducción:** Conocer las características clínicas y la continuidad asistencial (CA) de pacientes atendidos por crisis de asma en los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) es esencial para diagnosticar casos no conocidos, lograr un buen control de la enfermedad y disminuir el consumo de recursos sanitarios.

**Material y métodos:** Estudio observacional basado en datos de vida real de pacientes  $\geq 15$  años atendidos por crisis de asma en los SUH de Aragón durante el año 2022. Datos extraídos de Big Data Aragón a partir de un modelo común de datos. Se realizó un estudio descriptivo de caracterización de la cohorte y un análisis de la CA.

**Resultados:** Se identificaron 935 pacientes con al menos un episodio de asistencia en SUH (N = 938) o con, al menos, un ingreso hospitalario (N = 178) con diagnóstico principal de asma durante el 2022. Edad mediana 45 años (15-96) en hombres (27,5%) y 60 años (15-97) en mujeres (72,5%). Un total de 135 de los 935 pacientes acumularon entre dos y siete (N = 1) episodios urgentes por asma moderada/grave. Las comorbilidades más frecuentes fueron: alergia/atopia (51%) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (41%). Hasta un 40% de los pacientes presentaron eosinofilia durante la crisis asmática (tabla). La estancia mediana en urgencias fue de 4,5 h y la de hospitalizados, de 6 días. La evolución temporal de las visitas presentó una componente estacional con un incremento de visitas de marzo a junio y de octubre a enero. En un 4,28% de los casos no existe ningún otro contacto con el Sistema Sanitario en los siguientes 6 meses tras una visita al SUH, y solo en un 0,64% en hospitalizados por el mismo motivo (fig.). La asistencia más demandada por los pacientes tras el alta de un SUH por asma moderada/grave fue la visita a su médico de Atención Primaria (AP) (43,7%), seguida de la consulta externa con su Neumólogo (31,2%) o una nueva visita a Urgencias (11%) en los siguientes 24 días (mediana). El tiempo que transcurrió entre el alta del SUH y la visita a

AP fue de 96 h (mediana 4 días) y el tiempo entre la visita a AP y la consulta con el neumólogo, de 168 h (mediana 7 días).

Características de la población atendida por crisis de asma en los servicios de urgencia hospitalarios de Aragón durante 2022

Episodios por tipo visita	[ALL] N = 1116	Ingreso hospital N = 178	Visita Urgencias N = 938	p.overall
Edad (años)	54,8 (23,0)	68,4 (20,2)	52,2 (22,6)	< 0,001
Sexo:				0,236
Hombre	307 (27,5%)	42 (23,6%)	265 (28,3%)	
Mujer	809 (72,5%)	136 (76,4%)	673 (71,7%)	
Sobrepeso	0,05 (0,21)	0,07 (0,25)	0,04 (0,20)	0,196
Obesidad	0,25 (0,43)	0,32 (0,47)	0,23 (0,42)	0,019
Enf. por reflujo	0,15 (0,36)	0,13 (0,34)	0,15 (0,36)	0,426
gastroesofágico				
Alergia/Atopia	0,51 (0,50)	0,49 (0,50)	0,52 (0,50)	0,474
Rinitis/Sinusitis	0,09 (0,28)	0,07 (0,25)	0,09 (0,28)	0,317
Ansiedad	0,25 (0,44)	0,25 (0,44)	0,25 (0,44)	0,979
Depresión	0,27 (0,44)	0,34 (0,47)	0,25 (0,43)	0,026
Apnea del sueño	0,07 (0,25)	0,07 (0,26)	0,06 (0,24)	0,668
EPOC	0,41 (0,49)	0,52 (0,50)	0,39 (0,49)	0,002
Eosinofilia	0,40 (0,49)	0,33 (0,47)	0,41 (0,49)	0,024
Hábito tabáquico (todas)	0,27 (0,45)	0,23 (0,42)	0,28 (0,45)	0,136

**Conclusiones:** La edad, la obesidad, la depresión y el solapamiento con EPOC, se asociaron con una mayor tasa de hospitalización por crisis de asma. Menos de un tercio de los pacientes atendidos en un SUH por crisis de asma visitan posteriormente al Neumólogo. El análisis de datos de vida real permite explorar el proceso de CA y centrar la atención en aquellos circuitos que son susceptibles de mejora.

## 518. CARACTERIZACIÓN FENOTÍPICA DE EOSINÓFILOS EN SANGRE EN PACIENTES CON ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO CON TEZEPPELUMAB

Carlos Cabrera López<sup>1</sup>, Alejandra Sánchez Santos<sup>1</sup>, Angelina Lemes Castellano<sup>2</sup>, Sara Cazorla Rivero<sup>3</sup>, Enrique González Dávila<sup>4</sup>, Bartolomé Celli<sup>5</sup> y Ciro Casanova Macario<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España. <sup>2</sup>Servicio de Hematología, Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España.

<sup>3</sup>Universidad de La Laguna, Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España. <sup>4</sup>Instituto IMAULL, Universidad de La Laguna, España. <sup>5</sup>Brigham and Women's Hospital. Harvard Medical School, Boston, Estados Unidos. <sup>6</sup>Unidad de Investigación, Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Candelaria, CIBER ISCIII, Universidad de La Laguna, España.

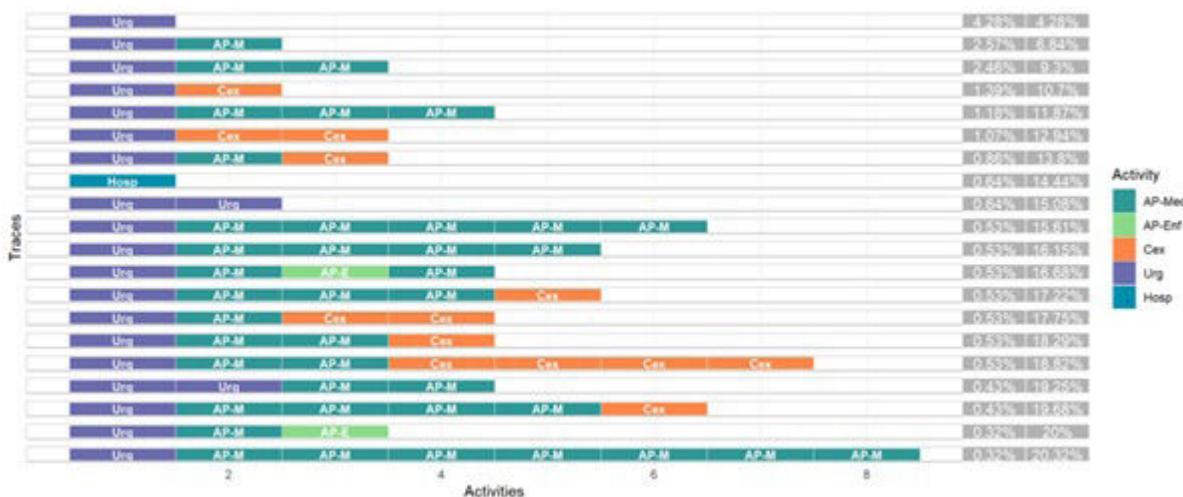


Figura 1. Comunicación 601. Circuitos asistenciales más frecuentes a partir del alta del episodio urgente por asma moderada/grave.

**Tabla 1. Comunicación 518**

Comparación de pacientes con asma, pre y postratamiento con tezepelumab

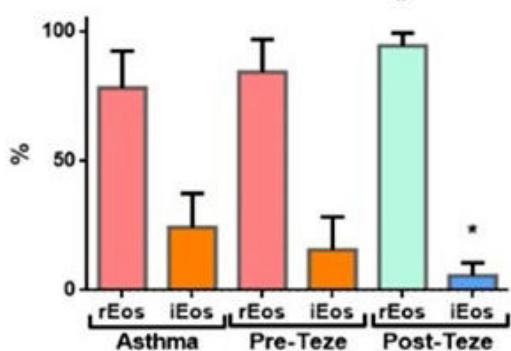
Variable	Asta (n = 27)		Pretezepelumab (n = 9)		Posttezepelumab (n = 9)	
	n	%	n	%	n	%
Género						
Hombre	16	60	2	22,2	2	22,2
Mujer	11	40	7	77,8	7	77,8
	Med	Mín-máx	Med	Mín-máx	Med	Mín-máx
Edad (años)	56	31-77	50	39-66	50	40-67
IgE	235,07	15,7-3133,00	121	15,7-449	88,6	15,7-124,7
	Med ± DE		Med ± DE		Med ± DE	
IMC	27,16 ± 5,3		29,2 ± 5,7		29,4 ± 5,4	
FEV1 %	76,8 ± 21,3		72,8 ± 17,5		66,2 ± 15,2	
Eosinófilos %	11,19 ± 9,5		6,66 ± 10,6		4,8 ± 4,8	
Eosinófilos (cel/µL)	0,650 ± 0,48		0,573 ± 0,98		0,361 ± 0,35	
Eosinófilos inflamatorios %	24,13 ± 14,51		15,9 ± 13		5,6 ± 5 *	
Eosinófilos residentes %	76,08 ± 13,8		84,1 ± 13		94,3 ± 5 *	

Med: media, DE: desviación estándar. \*p &lt; 0,001

**Introducción:** El asma es una enfermedad heterogénea tanto en su presentación clínica como en su componente inflamatorio. La inflamación eosinofílica juega un papel primordial en el desarrollo de la misma, así como en la diferenciación entre los diferentes endotipos asmáticos. En los últimos años se han desarrollado varios fármacos que tienen como objetivo la depleción del número de eosinófilos para el control de la enfermedad. El tezepelumab, es un anticuerpo monoclonal humano (IgG2λ) que se une específicamente a la linfopoyetina estromal tímica TSLP, evitando que se una a su receptor (TSLPR). La interacción de TSLP-TSLPR favorece la secreción de interleucina 4, 5 y 13, y la inmunoglobulina E. Tezepelumab ha demostrado reducir la inflamación, mejorando la función pulmonar y reduciendo las exacerbaciones. Sin embargo, el efecto en los subtipos de eosinófilos aún no ha sido estudiado. El objetivo de este trabajo es caracterizar los patrones de expresión de los diferentes marcadores moleculares de superficie de los eosinófilos existentes en sangre de sujetos con asma pre y post tratamiento con tezepelumab.

**Material y métodos:** Se estudiaron tres cohortes de pacientes con asma: sin monoclonal, pre y po tratamiento con tezepelumab. Se utilizaron 100 UI de sangre periférica de todos los pacientes, que se incubó con los anticuerpos conjugados con fluorocromos (patrones propuestos por Mesnil *et al.*) y, el fenotipado se realizó en un citómetro BD FACSLyric (BD Biosciences).

**Resultados:** Se reclutaron 27 pacientes con asma sin tratamiento monoclonal, y 10 pacientes pre y post tratamiento con tezepelumab. La proporción de eosinófilos inflamatorios es diferente en pacientes con asma pre y post tratamiento (tabla). Tezepelumab disminuye los eosinófilos inflamatorios (iEos) en sangre en pacientes con asma grave de forma significativa, aumentando los eosinófilos residentes (rEos) (fig.).



Porcentaje de subtipos de eosinófilos en pacientes con asma, pre y post tratamiento con tezepelumab.

**Conclusiones:** El estudio de los eosinófilos que quedan tras la introducción de tezepelumab profundiza en el conocimiento de los efectos de este fármaco en las patologías eosinofílicas y puede ayudar en la identificación de enfermos susceptibles a ser tratados con terapias biológicas. Además, los eosinófilos restantes tras la introducción del tezepelumab pueden también arrojar luz sobre el mecanismo de acción de este anticuerpo monoclonal.

## 780. CARACTERIZACIÓN MICROBIOLÓGICA DE LAS EXACERBACIONES EN PACIENTES CON ASMA GRAVE

**Teresa Lanzuela Benedicto, Ana Boldova Loscertales, José Ángel Carretero Gracia, Vanesa Jiménez Millán, Laura Pérez Giménez, Cristina de Diego Ramos, Ana García Esteban, Berta María Mañas Lorente, Ana Carmen Huertas Puyuelo, María Reyna Flores Ponce y Cristina San Gil López**

*Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España.*

**Introducción:** La identificación de microorganismos en pacientes con asma grave (AG) exacerbado permite hacer un uso racional de antimicrobianos y evaluar de forma adecuada una respuesta subóptima al tratamiento en pacientes con terapia biológica (TB). Con este trabajo se pretende caracterizar el origen infeccioso de las exacerbaciones en pacientes con AG, con y sin TB y evitar el uso innecesario de tratamiento antimicrobiano.

**Material y métodos:** Durante un año, se evaluaron, microbiológicamente, 54 exacerbaciones de pacientes con AG, con y sin TB. La identificación de virus y bacterias se realizó mediante PCR múltiple en muestras de frotis nasofaríngeo (FN) o de esputo espontáneo (EE) y mediante cultivo bacteriano (EE). El panel respiratorio (FilmArray) incluía la determinación de 17 virus y 3 bacterias (atípicas) y el panel de PCR múltiple (FilmArray) Neumonía incluía 18 bacterias y 9 virus causantes de infecciones del tracto respiratorio inferior.

**Resultados:** De las 54 exacerbaciones valoradas, 47 (76%) correspondieron a mujeres, con una edad media de 54 años y el fenotipo más frecuente fue T2 eosinofílico. 9 pacientes presentaron más de una exacerbación, 4 de ellos con TB y 5 sin TB. Se consiguieron muestras de EE en 51 (94,4%) de los 54 pacientes. El análisis de las muestras se realizó mediante PCR múltiple en esputo en 50 pacientes, 3 FN y 1 paciente FN y posteriormente cultivo bacteriano. Del total de muestras analizadas (FN+EE), se identificaron microorganismos potencialmente patógenos (MPP) en 36 (67%), 15 (62%) en pacientes con TB y 21 (70%) sin TB. De las muestras estudiadas, 36 (67%) fueron positivas, en 7 (13%) se identificaron bacterias, en 12

## CARACTERIZACIÓN MICROBIOLÓGICA DE LA MUESTRA Y TRATAMIENTO RECIBIDO

	n*	BQF	Tipo de muestra	+	Virus	Bacterias	Virus + Bacterias	GCO	ATB	GCO + ATB
Biológico	24	6	F. Neumonía 10 F. Respiratorio 11 F. Nasal 3 (62%)	15	Rhinovirus/Enterovirus: 5 (20.8%)	H. influenzae: 7 (29%)				
					S. aureus: 4 (16.6%)					
					M. catarrhalis: 3 (12.5%)					
					Parainfluenza: 1 (4.2%)	S. pneumoniae: 2 (8.3%)				
No Biológico	30	2	F. Neumonía 14 F. Respiratorio 15 F. Nasal 1 (70%)	21	Rhinovirus/Enterovirus: 7 (23.3%)	H. influenzae: 5 (16.6%)				
					Gripe A: 1 (3.3%)	S. aureus: 1 (3.3%)				
					Coronavirus: 3 (10%)	M. catarrhalis: 4 (13.3%)				
TOTAL	54	8	F. Neumonía 24 F. Respiratorio 26 F. Nasal 4 (67%)	36		S. pneumoniae: 4 (13.3%)				
					12 (22.2%)	7 (13%)				
							17 (31.5%)	5 (9.3%)	12 (22.2%)	16 (29.6%)

\*muestras obtenidas mediante Frotis Nasofaringeo (N=3) y mediante esputo espontáneo (N = 51)

Figura 1. Comunicación 780.

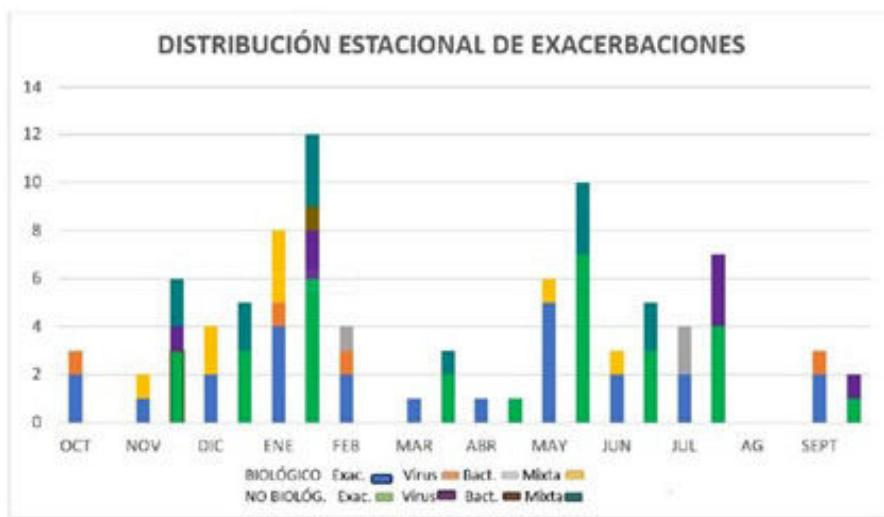


Figura 2. Comunicación 780.

(22,2%) virus y en 17 (31,5%) virus y bacterias (tabla 2). Las exacerbaciones fueron más frecuentes en mayo (12) y el aislamiento de patógenos en enero. El 52% de los pacientes recibió tratamiento antibiótico, el 39% recibieron corticoterapia y el 30% ambos tratamientos. 4 pacientes recibieron tratamiento antibiótico sin aislamiento microbiológico.

**Conclusiones:** En el 67% de las exacerbaciones de pacientes con AG es posible identificar MPP Rhinovirus/Enterovirus y *Haemophilus influenzae* fueron, el virus y la bacteria, respectivamente, más frecuentes en nuestra población y la infección mixta (virus-bacterias) la causa más frecuente de la exacerbación infecciosa. La caracterización microbiológica de las exacerbaciones en pacientes con AG permite el uso racional de antimicrobianos y valorar de forma adecuada una respuesta subóptima a la TB.

## 785. CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA QUE PRESENTAN INFECCIÓN BRONQUIAL SUBAGUDA O CRÓNICA: ESTUDIO OBSERVACIONAL

Mireia Vicens Antón<sup>1</sup>, Amanda Iglesias Coma<sup>2</sup>, Nuria Toledo Pons<sup>3</sup>, José Luis Valera Felices<sup>3</sup>, Rocío Martínez Martínez<sup>3</sup>, Meritxell López Zamora<sup>3</sup>, Ruth Engonga Gutiérrez<sup>1</sup> y Francisco de Borja García-Cosío Piqueras<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España.

<sup>2</sup>CIBERES-IdiSBa, Palma de Mallorca, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario Son Espases-IdiSBa, Palma de Mallorca, España.

**Introducción:** El asma grave no controlada (AGNC) es una condición clínica compleja con múltiples factores que dificultan su manejo.

jo. Entre estos factores, la infección bronquial, subaguda y/o crónica, juega un papel desconocido en el mal control. La fibrobroncoscopia (FBC) en pacientes con AGNC candidatos a biológico puede identificar infecciones bacterianas o fúngicas no previamente detectadas, lo que podría influir en la respuesta al tratamiento.

**Objetivos:** Describir la población de pacientes con AGNC candidatos a iniciar terapia biológica que presentan una infección bronquial y compararlos con los no infectados.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo de pacientes en seguimiento por la Unidad de Asma de Alta complejidad del Hospital Universitario Son Espases candidatos a inicio de terapia biológica. Los pacientes fueron sometidos a FBC, cultivo microbiológico del broncoaspirado (BAS) y biopsia de la mucosa bronquial. Se evaluaron características epidemiológicas, clínicas, analíticas, de función pulmonar y anatopatológicas.

**Resultados:** Se evaluaron 119 pacientes, con una edad media de  $54 \pm 14,5$  años, y predominio femenino (61%). El 82% presentaban un fenotipo T2 alto y el 18% T2 bajo. El TAC de tórax detectó bronquiectasias en el 20,17% de los pacientes. El BAS fue positivo en 32 pacientes (27%). Los microorganismos aislados fueron principalmente *Pseudomonas* spp (16), *Staphylococcus aureus* (8) y *Haemophilus influenzae* (7). El análisis comparativo mostró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de bronquiectasias y la presencia de infección ( $p < 0,05$ ) pero no se relacionó ausencia de marcadores T2. También, los niveles de IgE histórica fueron significativamente más altos en pacientes infectados ( $p = 0,029$ ), al igual que la PCR ( $1,07 \pm 1,45$  mg/dL vs.  $0,38 \pm 0,48$ ,  $p = 0,001$ ). Además, el recuento de neutrófilos en submucosa fue significativamente más elevado en pacientes infectados ( $p = 0,031$ ).

**Conclusiones:** Un tercio de los pacientes con AGNC candidatos a terapia biológica presentan aislamientos microbiológicos en el broncoaspirado, frecuentemente *Pseudomonas* sp. Estos pacientes presentan asociación con presencia de bronquiectasias, IgE y PCR más elevadas que los no infectados. Estos datos deben ser tenidos en cuenta a la hora de elegir un tratamiento biológico y evaluar su respuesta.

## 422. CIRCUITO DE PACIENTES URGENCIAS-UNIDAD DE ASMA

**Mireia Admetlla Papiol, Àngela García Sanz, Cinta Cumplido Gargallo, Antonio Sancho Muñoz, Óscar García Mariñoso, José Gregorio González García, Helio Antonio Wagner Bona Andrade y Pilar Ausín Herrero**  
*Hospital del Mar, Barcelona, España.*

**Introducción:** Existe un perfil de pacientes con asma, generalmente jóvenes, que no realiza seguimiento y que se automedican con salbutamol. Este perfil de pacientes es el mismo que presenta crisis de asma de riesgo vital, por lo que, aunque es un porcentaje muy pequeño de pacientes su identificación debe ser una prioridad. Para ello se creó un circuito entre Urgencias y Unidad de asma con el propósito de identificar y tratar a pacientes asmáticos no controlados. El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes incluidos en el Circuito de Urgencias-Unidad de asma de un hospital universitario.

**Material y métodos:** Estudio clínico observacional. Los criterios de derivación al circuito fueron aquellos pacientes que acudieran al Servicio de Urgencias por una crisis de asma que no realizaran seguimiento por parte de atención primaria ni especialistas (alergología/neumología). Todos ellos se visitaron en la unidad de asma en menos de 7 días del alta del servicio de urgencias. Se recogieron características demográficas, clínicas, función pulmonar y los tratamientos que realizaban para el control del asma.

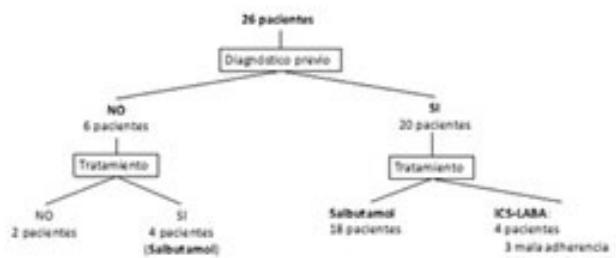
**Resultados:** Desde febrero 2023 a junio 2024, se atendió a 26 pacientes (14 mujeres), con una edad media de  $40 \pm 15$  años. Veinte pacientes tenían diagnóstico de asma, solo un 40% de estos tenían espirometría previa. La media de eosinófilos en sangre en el momento de la crisis fue  $285 \pm 317$  cel/ $\mu$ L y la media del histórico de eosinófilos  $475 \pm 383$  cel/ $\mu$ L. El tratamiento que realizaban se recoge en la figura. Seis pacientes tenían  $FEV_1 < 80\%$  ref. y el 50% de estos solo realizaba tratamiento con salbutamol. Actualmente, 10 pacientes continúan el seguimiento en la Unidad de asma, 5 por neumólogo de zona y el resto por médico de atención primaria.

Figura 1: Función pulmonar previa de los pacientes incluidos en el circuito Urgencias-Unidad de asma.



Abreviatura: FEV<sub>1</sub>: volumen espirado forzado en el primer segundo; ref.: valores de referencia.

Figura 2: Tratamientos previos en los pacientes incluidos en el circuito Urgencias-Unidad de asma.



Abreviatura: ICS: corticoides inhalados; LABA:  $\beta_2$  adrenérgico de larga duración.

Figura 1. Comunicación 422. Tratamientos previos en los pacientes incluidos en el circuito Urgencias-Unidad de asma. ICS: corticoides inhalados; LABA:  $\beta_2$  adrenérgico de larga duración.

**Conclusiones:** El perfil de paciente que acude a urgencias por crisis de asma es un paciente joven y automedicado con salbutamol. La mayoría de los pacientes con diagnóstico de asma no tenían espirometría ni realizaban tratamiento adecuado. Este circuito fue útil para introducir a estos pacientes de riesgo dentro del sistema sanitario.

## 452. COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE BENRALIZUMAB Y MEPOLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE: CONTROL DEL ASMA, EXACERBACIONES Y FUNCIÓN PULMONAR

**Eduardo del Corral Blanco**, Mireya González Malo, Iraida Lartundo Mena, Endika Gorrochategui Llama, María Nieves Hurtado de Mendoza Rubio y Gorane Iturricastillo Gutiérrez

Hospital de Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, España.

**Introducción:** El asma grave es una enfermedad crónica que puede requerir tratamientos biológicos para mejorar el control de los síntomas y reducir las exacerbaciones. Benralizumab y mepolizumab son dos fármacos biológicos aprobados para el tratamiento del asma grave, pero la comparación directa entre ellos en términos de eficacia sigue siendo limitada. Este estudio tiene como objetivo comparar el impacto de ambos tratamientos en tres variables clínicas clave: el control del asma (ACT), la frecuencia de exacerbaciones y la función pulmonar (FEV<sub>1</sub>).

**Material y métodos:** Se realizó un estudio con 54 pacientes con asma grave, tratados con benralizumab o mepolizumab. Los parámetros evaluados fueron el Asthma Control Test (ACT), el número de exacerbaciones anuales y la función pulmonar (FEV<sub>1</sub>) antes y después del tratamiento biológico. Las diferencias entre los grupos fueron analizadas mediante la prueba t para muestras independientes.

**Resultados:** Los resultados mostraron que, aunque ambos tratamientos mejoraron el control del asma y la función pulmonar, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mayoría de las variables evaluadas. El ACT tras el tratamiento mostró una diferencia media entre los grupos de -0,85 (IC95%: -3,25 a 1,54; p = 0,4771), lo que indica que no hubo diferencias significativas en el control del asma entre los dos tratamientos. En cuanto a las agudizaciones, la diferencia media fue de 0,23 (IC95%: -0,50 a 0,97; p = 0,5259), sin diferencias estadísticamente significativas en la reducción de exacerbaciones entre benralizumab y mepolizumab. Respecto a la función pulmonar (FEV<sub>1</sub>), los pacientes tratados con benralizumab mostraron una mejora media de 11,11% en comparación con los tratados con mepolizumab. Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa, con un valor de p = 0,0741 (IC95%: -1,13 a 23,34).

Tabla 1. ACT tras biológico

Grupo	Benralizumab	Mepolizumab
Media	20,95	21,80
DE	4,10	4,03
Sem	0,94	0,74
N	18	36

Tabla 2. Agudizaciones tras biológico

Grupo	Benralizumab	Mepolizumab
Media	0,83	0,60
DE	1,29	1,24
Sem	0,31	0,21
N	18	36

Tabla 3. FEV<sub>1</sub> tras biológico

Grupo	Benralizumab	Mepolizumab
Media	87,43	76,32
DE	21,46	17,58
Sem	5,74	3,16
N	18	36

**Conclusiones:** Ambos tratamientos, benralizumab y mepolizumab, son opciones efectivas para el tratamiento del asma grave, con mejoras en el control del asma, reducción de exacerbaciones y mejora de la función pulmonar. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las variables, la tendencia en los cambios de FEV<sub>1</sub> sugiere que benralizumab podría ofrecer un beneficio adicional en la mejora de la función pulmonar, lo que requiere más investigación.

## 658. CONCORDANCIA ENTRE TEST DE ADHESIÓN A INHALADORES Y DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA EN LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA UNIDAD DE ASMA DE UN HOSPITAL TERCARIO

**Blanca María Huélamo Ruiz**, Carmen Vizoso Gálvez, Sara Casado Andrés, Santiago Muñoz-Nájar Jackson, Pedro Manso Tejerina, Alba García Martínez y Rocío Díaz Campos

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

**Introducción:** La adhesión terapéutica deficiente en asma está asociada a peor control de síntomas, exacerbaciones y mayor impacto socioeconómico. Existen herramientas validadas para evaluar la adherencia terapéutica como el cuestionario autoadministrado Test de Adhesión a Inhaladores (TAI), si bien las aplicaciones de prescripción electrónica permiten objetivar la dispensación real de medicación en farmacia comunitaria. El objetivo del estudio fue evaluar la concordancia entre el cuestionario TAI y la dispensación en farmacia comunitaria en la valoración de la adherencia terapéutica en asma.

N = 187	
Edad media [DE]	57.88 [17.30]
Varones (N, %)	56 (29.9%)
Gravedad	
- Persistente moderado	49 (26.2%)
- Persistente grave	138 (73.8%)
Control	
- Controlado	132 (70.5%)
- No controlado	55 (29.41%)
Fenotipo asma grave	
- No T2	138 (73.85)
- T2	24 (17.4%)
- T2	113 (82.6%)
Tipo T2 asma grave	
- Eosinofílico	113 (82.6%)
- Alérgico	70 (61.95%)
- Eosinofílico-alérgico	10 (8.85%)
- Eosinofílico-alérgico	34 (29.2%)
FEV1 medio [DE]	2358.42 [867.84]
FENO (mediana, RIQ)	22.00, RIQ 5.75
Tratamiento	
- Doble terapia	88 (47.06%)
- Triple terapia	99 (52.94%)
Tratamiento cerrado (N, %)	163 (87.17%)
Tratamiento biológico (N, %)	
- Omalizumab	41 (21.93%)
- Dupilumab	2 (4.9%)
- Mepolizumab	17 (41.5%)
- Benralizumab	12 (29.3%)
- Tezepelumab	4 (9.8%)
- Tezepelumab	5 (9.8%)

Tabla 1. Características de los pacientes con asma persistente moderada y grave.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo incluyendo pacientes con asma persistente moderado y grave valorados en la

unidad de Asma de Difícil Control de un hospital terciario entre diciembre de 2023 y abril de 2024. Se registraron variables demográficas, gravedad, fenotipo y control del asma según la Guía Española para el Manejo del Asma 5.4, pruebas funcionales respiratorias, terapia inhalada y tratamiento biológico. Se registró la puntuación en el cuestionario TAI, definiéndose adherencia insuficiente como < 50 puntos. Se evalúo la dispensación en el Módulo Único de Prescripción (MUP) como porcentaje de medicación dispensada desde la última consulta, considerando adherencia insuficiente aquella < 80%. Se evalúo la concordancia para definir adherencia insuficiente mediante el coeficiente kappa de Cohen.

**Resultados:** Se incluyeron 187 pacientes cuyas características se recogen en la tabla 1. Mediante el cuestionario TAI el 2,70% de los pacientes se clasificaron como adherencia terapéutica insuficiente. Mediante la dispensación en MUP fue el 34,22% de los pacientes (tabla 2). El índice kappa de Cohen entre ambos métodos fue de -0,038 ( $p < 0,025$ ).

	Prescripción <80%	Prescripción >80%	Total
TAIcat >50	59 (31.55%)	123 (65.78%)	182 (97.33%)
TAIcat <50	4 (2.14%)	1 (0.53%)	5 (2.67%)
Total	63 (33.69%)	124 (68.31%)	187 (100%)

Tabla 2. Datos de adherencia terapéutica deficitaria.

**Conclusiones:** Existe mayor falta de adherencia terapéutica según los datos de dispensación farmacéutica (34,2%) con respecto al cuestionario TAI (2,70%). Existe discordancia estadísticamente significativa entre la adhesión insuficiente medida a través del cuestionario TAI y la dispensación farmacéutica. A pesar de ser un cuestionario validado, el TAI parece una herramienta insuficiente para evaluar la adherencia terapéutica.

## 208. CONSUMO ACUMULADO DE CORTICOIDES ORALES EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TEZEPLEMAB. EXPERIENCIA EN VIDA REAL DEL HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA

**Isabel Muñoz Ramírez**, Adriano Asuero Llanes, Borja Ruiz Duque, Mercedes Garci-Varela Olea, Carlos González del Pino y Ana Fulgencio Delgado

Hospital Comarcal Infanta Elena, Huelva, España.

**Introducción:** Los corticoides inhalados son el tratamiento base de los pacientes asmáticos. Durante las exacerbaciones, los corticoides sistémicos y orales son el tratamiento de elección. Además, en pacientes con asma grave han sido históricamente un tratamiento fundamental para el control de estos pacientes. Sin embargo, este fármaco produce múltiples efectos secundarios y un aumento de la mortalidad, lo que lleva a la búsqueda de nuevas opciones terapéuticas. En nuestra práctica clínica tenemos numerosos pacientes corticodependientes. El objetivo del presente estudio fue analizar si el tratamiento con tezepelumab se relacionaba con una disminución de las dosis acumuladas de corticoide oral.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo de todos los pacientes que habían cumplido 24 semanas de tratamiento con tezepelumab. Se calculó la dosis media acumulada en equivalente a miligramos de prednisona en el año previo al inicio de tratamiento y a las 24 semanas. Mediante SPSS, se realizaron pruebas de normalidad, comprobándose que el consumo de corticoides cumplía una distribución no normal. Se realizó contraste de hipótesis mediante la prueba de Wilcoxon.

**Resultados:** Se analizaron 14 pacientes: el 50% tenían un perfil T2 alto eosinofílico, el 42,9% T2 alto alérgico eosinofílico y el 7,1% eran no T2. En cuanto al tratamiento previo, el 57,1% venían de un *switch* de otro monoclonal: 2 de dupilumab, 2 de benralizumab, 2 de mepolizumab y 2 de omalizumab. El 42,9% restante eran *naïve*. La dosis

media acumulada durante el año previo en equivalente a mg de prednisona disminuyó de 2.105 mg a 945 mg a las 24 semanas de tratamiento con tezepelumab en el total de pacientes, lo cual supuso una reducción no estadísticamente significativa del 55% (-1.160 mg). De entre los pacientes que habían estado con otro monoclonal previamente se produjo reducción de 3.338 mg de prednisona a 1.229 mg, es decir, una disminución del 63% de la dosis de corticoides, siendo este dato estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ), mientras que en los pacientes *naïve* se produjo un ligero aumento no significativo de la dosis de corticoides de 104 mg de prednisona.

**Conclusiones:** Existe una tendencia a la disminución de la dosis de corticoides orales de los pacientes que inician tezepelumab en nuestro hospital, siendo esta disminución más importante en los pacientes proveniente de biológicos previos. Aun así, debemos esperar a que se cumplan 52 semanas de tratamiento para obtener resultados más fiables.

## 279. CREENCIAS DE LOS PACIENTES SOBRE MEDICAMENTOS Y SENSIBILIDAD PERCIBIDA A LOS MEDICAMENTOS EN ASMA Y EPOC

**Francisco Javier Pérez Remacho**, Marta Galán Negrillo, Ana María Ibarra Macía, Lucía Zamora Molina, Carlos Baeza Martínez, Justo Grau Delgado y Eduardo García Pachón

Hospital General Universitario de Elche, España.

**Introducción:** Distintos estudios demuestran que las creencias de los pacientes sobre los medicamentos y la sensibilidad percibida al efecto de estos se asocian a distintos niveles de adhesión terapéutica. Identificar a pacientes con mayor preocupación sobre su uso permite crear estrategias para mejorar los tratamientos. El objetivo de este estudio ha sido evaluar la existencia de diferencias en las creencias sobre los medicamentos en pacientes con asma y EPOC.

**Material y métodos:** Se realizaron dos cuestionarios validados que analizan las creencias sobre el uso de fármacos y la sensibilidad percibida a los medicamentos en pacientes con diagnóstico de asma o EPOC atendidos en el servicio de Neumología del Hospital General Universitario de Elche. De las encuestas una se divide en creencias sobre fármacos en general (si se produce abuso o no y el riesgo de daño si se emplea) y en creencias sobre estos fármacos específicos, en este caso inhaladores (creencias sobre necesidad de uso y preocupación sobre los riesgos de su uso), la otra encuesta es de sensibilidad percibida a los inhaladores.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 134 pacientes, 62 con diagnóstico de asma y 72 con EPOC. Las creencias sobre el daño que pueden producir los fármacos se correlacionan con las creencias de preocupación específica del uso de inhaladores, pero solo débilmente ( $\rho = 0,29$ ;  $p < 0,001$ ). La escala de Sensibilidad Percibida a los Medicamentos se correlaciona de forma significativa con cada uno de los apartados de las escalas de creencias sobre medicamentos (valores de Rho de Spearman entre 0,38 y 0,27,  $p < 0,01$ ).

	Asma, n = 62	EPOC, n = 72	p
Mujeres/Hombres, número	37/25	19/53	< 0,001
Edad (años)	59 (46-70)	71 (64-76)	< 0,001
Creencias (general) (CG)	18 (13-21)	17 (14-21)	0,88
CG Abuso	9 (7-11)	10 (8-11)	0,41
CG Daño	8 (6-10)	8 (5-10)	0,34
Creencias (inhaladores) (CI)	28 (23-34)	28 (23-32)	0,65
CI Necesidad de uso	19 (14-22)	19 (15-22)	0,91
CI Preocupación	10 (7-13)	9 (7-11)	0,13
CI Necesidad menos preocupación	8 (4-11)	9 (6-13)	0,12
Sensibilidad percibida a los medicamentos	9 (5-12)	6 (5-10)	0,04

Valores: medianas y rango intercuartílico, salvo otra especificación. Pruebas de chi cuadrado y U de Mann-Whitney.

**Conclusiones:** Aunque los pacientes con asma y EPOC no difieren de forma significativa en la puntuación de los cuestionarios de creencias sobre medicamentos, los pacientes con asma tienen una tendencia a mayor preocupación por el uso de inhaladores. Los pacientes con asma sí tienen una mayor percepción de sensibilidad al efecto de los fármacos. Los pacientes que perciben ser más sensibles a los medicamentos tienen una mayor preocupación sobre su uso y los riesgos asociados. Además, tienden a percibir que existe un uso excesivo de fármacos en general, lo que aumenta su temor al daño potencial. En particular, con los inhaladores, aquellos que consideran tener una mayor necesidad de usarlos son los que también muestran una mayor preocupación por su utilización.

## 287. CRITERIOS DE PRUEBA BRONCODILATADORA POSITIVA SEGÚN DIFERENTES ESTRATEGIAS INTERPRETATIVAS

**Laura Cortezón Garcés<sup>1</sup>, Teresa Bretos Dorronsoro<sup>1</sup>, Carlos Caldera Fernández<sup>1</sup>, Leire San Juan Redondo<sup>1</sup>, Imanol González Muñoz<sup>1</sup>, Larraitz García Echeberria<sup>1</sup>, Eva Tabernero Huguet<sup>1</sup>, Patricia Sobradillo Ecenarro<sup>1</sup>, Silvia Pérez Fernández<sup>2</sup> y Nuria Marina Malanda<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Universitario Cruces, Bilbao, España. <sup>2</sup>Plataforma de Bioinformática, Bioestadística y Sistemas de información, Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia, Bilbao, España.

N total= 18.801	BD NEGATIVO (N=15.864)	BD POSITIVO (N=2.937)
ALTURA (cm)	165	165
IMC (mediana)	25,7	26,1
SEXO	- Hombres: 7.465 (47,1%) - Mujeres: 8.399 (52,9%)	- Hombres: 1.513 (51,5%) - Mujeres: 1.424 (48,5%)
EDAD (mediana, años)	50	53
TABACO	- Si: 3.738 (25,1%) - Nunca: 8.102 (54,4%) - Exfumador: 3.050 (20,5%)	- Si: 812 (29,3%) - Nunca: 1.339 (48,3%) - Exfumador: 621 (22,4%)
MOTIVO DE PRUEBA	- Control enfermedad: 4.287 (28,8%) - Estudio: 9.106 (61,1%) - Tabaquismo: 593 (3,98%) - Otros: 908 (6,10%)	- Control enfermedad: 1.171 (42,3%) - Estudio: 1.357 (49,0%) - Tabaquismo: 113 (4,08%) - Otros: 128 (4,62%)

Tabla 1: BD positiva según criterios antiguos (2005)

N total= 18.801	BD NEGATIVO (N=15.910)	BD POSITIVO (N=2.891)
ALTURA (cm)	165	164
IMC (mediana)	25,8	26,0
SEXO	- Hombres: 7.552 (47,5%) - Mujeres: 8.358 (52,5%)	- Hombres: 1.426 (49,3%) - Mujeres: 1.465 (50,7%)
EDAD (mediana, años)	50	53
TABACO	- Si: 3.795 (25,4%) - Nunca: 8.071 (54%) - Exfumador: 3.086 (20,6%)	- Si: 755 (27,9%) - Nunca: 1.370 (50,6%) - Exfumador: 585 (21,6%)
MOTIVO DE PRUEBA	- Control enfermedad: 4.320 (28,9%) - Estudio: 9.109 (60,9%) - Tabaquismo: 609 (4,07%) - Otros: 914 (6,11%)	- Control enfermedad: 1.138 (42%) - Estudio: 1.354 (49,9%) - Tabaquismo: 97 (3,58%) - Otros: 122 (4,5%)

Tabla 2: BD positiva según criterios nuevos (2021)

Tabla 1. Comunicación 287.

MUJERES	NO (criterios nuevos)	SI (criterios nuevos)
NO (criterios antiguos)	8.126	273
SI (criterios antiguos)	232	1.192

Indice Kappa (95% IC): 0,795 (0,778;0,812)

HOMBRES	NO (criterios nuevos)	SI (criterios nuevos)
NO (criterios antiguos)	7.213	252
SI (criterios antiguos)	339	1.174

Indice Kappa (95% IC): 0,76 (0,741;0,778)

< / = 14 AÑOS (n=1.948)	NO (criterios nuevos)	SI (criterios nuevos)
NO (criterios antiguos)	1.583	70
SI (criterios antiguos)	58	237

Indice Kappa (95% IC): 0,749 (0,707;0,79)

< 35% (n=48)	NO (criterios nuevos)	SI (criterios nuevos)
NO (criterios antiguos)	28	0
SI (criterios antiguos)	8	12

Indice Kappa (95% IC): 0,636 (0,422;0,851)

15-35 AÑOS (n=3.554)	NO (criterios nuevos)	SI (criterios nuevos)
NO (criterios antiguos)	2.980	77
SI (criterios antiguos)	93	404

Indice Kappa (95% IC): 0,798 (0,769;0,828)

35-50% (n=324)	NO (criterios nuevos)	SI (criterios nuevos)
NO (criterios antiguos)	190	1
SI (criterios antiguos)	38	95

Indice Kappa (95% IC): 0,74 (0,666;0,814)

35-64 AÑOS (n=8.896)	NO (criterios nuevos)	SI (criterios nuevos)
NO (criterios antiguos)	7.414	200
SI (criterios antiguos)	263	1.019

Indice Kappa (95% IC): 0,785 (0,766;0,803)

50-74% (n=2.540)	NO (criterios nuevos)	SI (criterios nuevos)
NO (criterios antiguos)	1.807	36
SI (criterios antiguos)	184	513

Indice Kappa (95% IC): 0,767 (0,738;0,796)

> / = 65 AÑOS (n=4.403)	NO (criterios nuevos)	SI (criterios nuevos)
NO (criterios antiguos)	3.362	178
SI (criterios antiguos)	157	706

Indice Kappa (95% IC): 0,761 (0,736;0,785)

> / = 75% (n=15.889)	NO (criterios nuevos)	SI (criterios nuevos)
NO (criterios antiguos)	13.314	488
SI (criterios antiguos)	341	1.746

Indice Kappa (95% IC): 0,778 (0,763;0,792)

Tabla 2. Comunicación 287. Tablas cruzadas por subgrupos.

**Introducción:** Hasta el momento, según las estrategias interpretativas de ERS/ATS de 2005 se consideraba una respuesta broncodilatadora positiva (RBD+) una mejoría de mínimo 200 ml y de un 12% en FEV<sub>1</sub> o FVC sobre la basal, utilizándose esta mejoría del FEV<sub>1</sub> para el diagnóstico de asma (GEMA 5.2). Sin embargo, a raíz del cambio de criterios para su diagnóstico según la guía GEMA 5.3, se considera RBD+ una mejoría del 10% de la relación en cuanto al valor de referencia, además de los antiguos criterios ya mencionados.

**Objetivos:** Comparar espirometrías con broncodilatación positiva mediante el antiguo criterio y/o el nuevo y posteriormente compararlas por sexo, edad y FEV<sub>1</sub>, posbroncodilatación.

**Material y métodos:** Entre 2018 hasta 2023 se han recogido un total de 25,250 espirometrías a través de un programa de telemedicina para control de calidad de la espirometría a nivel de atención primaria de Osakidetza (servicio vasco de salud). De este número inicial hemos hecho seleccionado espirometrías que cumplen criterios de reproducibilidad y presentan calidad máxima hasta quedarnos con 18.801 totales. Hemos dividido las espirometrías en grupos según la respuesta broncodilatadora positiva por el antiguo criterio o por el nuevo para FEV<sub>1</sub> y/o FVC. Posteriormente hemos realizado la comparación entre subgrupos por sexo (hombre o mujer), edad (< = 14 años, 15-35 años, 36-64 años y ≥ 65 años) y FEV<sub>1</sub> posbroncodilatación (< 35, 35-50, 50-74, ≥ 75%) mediante índice Kappa.

**Resultados:** Las características clínicas de los pacientes se encuentran resumidas en las tablas 1 y 2. Las tablas cruzadas analizando los subgrupos de pacientes y el índice Kappa se encuentran en las tablas 3, 4, 5 y 6.

**Conclusiones:** En comparación con los criterios de broncodilatación del 2005, la proporción de espirometrías con RBD+ con las nuevas estrategias interpretativas de ERS/ATS de 2021 es muy similar. La proporción de espirometrías con RBD+ con las nuevas estrategias en los subgrupos de sexo y edad son similares en comparación con los criterios antiguos con concordancia sustancial medida por índice Kappa. Analizando los subgrupos de FEV<sub>1</sub> pos-BD, los nuevos criterios de broncodilatación de la ERS/ATS de 2021 parecen más restrictivos, a excepción del grupo de FEV<sub>1</sub> pos-BD ≥ 75% (concordancia sustancial por índice Kappa). Esto podría ayudar al diagnóstico precoz de las patologías de vía aérea en los estados iniciales. Dados los resultados, podríamos comenzar a utilizar los nuevos criterios de prueba broncodilatadora positiva.

## 622. CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO, EXACERBACIONES EL AÑO PREVIO Y CONTROL DE SÍNTOMAS A TRAVÉS DE LOS CUESTIONARIOS ACT Y AIRQ

**Pedro José Argos Vélez<sup>1</sup>, Miguel Santibáñez Margüello<sup>2</sup>, Claudio Poo Fernández<sup>2</sup>, Patricia Druet Toquero<sup>1</sup>, Javier Zuazaga Fuentes<sup>1</sup>, Marta Ruiz Solana<sup>1</sup>, Ane Uriarte Pérez<sup>1</sup>, Juan de la Cruz Madrid González<sup>1</sup>, Marina Blancas García<sup>1</sup>, Laura Ruiz Gil<sup>1</sup>, Reyes González Delgado<sup>1</sup>, Carlos A. Amado Diago<sup>1</sup>, Sonia Fernández Rozas<sup>1</sup>, Juan Luís García Rivero<sup>1</sup> y Beatriz Abascal Bolado<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

<sup>2</sup>Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla (IDIVAL), Santander, España.

**Introducción:** Las guías de práctica clínica destacan la importancia de evaluar el control del asma y el cumplimiento terapéutico, considerando las exacerbaciones previas. El Test de Control de Asma (ACT) ha sido la herramienta estándar, pero recientemente se propuso el Cuestionario de Deterioro y Riesgo de Asma (AIRQ), que incluye síntomas y exacerbaciones. Este estudio analiza las correlaciones entre ambos cuestionarios, el número de exacerbaciones y el cumplimiento terapéutico.

**Material y métodos:** Estudio transversal realizado entre mayo de 2023 y marzo de 2024 en consulta especializada. Se incluyeron

208 pacientes con asma, recogiendo datos antropométricos, de función pulmonar, tratamiento, comorbilidades y las puntuaciones del ACT y AIRQ. También se registraron el número de exacerbaciones en los 12 meses previos y el porcentaje de medicación retirada como indicador del cumplimiento terapéutico.

**Resultados:** La media de edad fue de 41,91 años, predominando mujeres (66,8%). El 64,4% nunca fumó, el 28,8% eran exfumadores y el 6,7% fumadores activos. El 61,5% no presentó exacerbaciones, mientras que el resto tuvo entre 1 y 6, con menor frecuencia en los eventos más graves. El cumplimiento terapéutico mostró que el 40,9% retiró menos del 80% de la medicación, con un promedio general del 73,75%. Las puntuaciones promedio fueron 21,29 para el ACT y 1,79 para el AIRQ. Hubo una correlación negativa alta entre ambos cuestionarios ( $r = -0,791$ ,  $p < 0,001$ ). Con respecto a las exacerbaciones, el ACT tuvo una correlación negativa débil ( $-0,309$ ) y el AIRQ una moderada positiva (0,546), ambas significativas. No se hallaron correlaciones significativas entre el cumplimiento terapéutico y las puntuaciones de los cuestionarios ni con las exacerbaciones. Las puntuaciones tampoco variaron al clasificar el cumplimiento como bueno o malo según el umbral del 80%.

**Conclusiones:** El AIRQ mostró una mejor correlación con el número de exacerbaciones que el ACT, aunque insuficiente para reemplazar el registro independiente de las mismas. Contrario a lo esperado, el cumplimiento terapéutico no mostró asociación significativa con el control del asma ni con las exacerbaciones. Se sugiere un seguimiento prospectivo para evaluar la relación entre estas variables y las exacerbaciones futuras.

## 372. CUMPLIMIENTO DE LA GUÍA GEMA EN EL MANEJO DEL ASMA EN NUESTRA ÁREA SANITARIA

**Javier López García, Lorena Piñel Jiménez, Álvaro Martínez Mesa, Mercedes Segura Romero y José Luis Velasco Garrido**

*Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.*

**Introducción:** El asma es una enfermedad crónica con una prevalencia aproximada en España cercana al 5%. Pese a la existencia de guías como GEMA, el control de la enfermedad sigue siendo inadecuado en muchos casos, incrementando la morbilidad, mortalidad y costes sanitarios. El objetivo del estudio es analizar la adherencia a las recomendaciones GEMA en la atención de pacientes asmáticos de nuestra área sanitaria, para identificar áreas de mejora.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal, seleccionando una muestra de forma aleatorizada, de los pacientes que tenían entre sus antecedentes el diagnóstico de asma desde hacía al menos un año previo a la inclusión, procedentes de 8 centros de salud que pertenecen al área sanitaria del Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga). Se evaluaron los siguientes indicadores: Confirmación del diagnóstico mediante espirometría con prueba broncodilatadora, estudio de sensibilización, hábito tabáquico, gravedad y control del asma según la guía GEMA, realización del cuestionario ACT, tratamiento y seguimiento. Los datos se extrajeron de historias clínicas informatizadas, excepto el cuestionario para el que acudían presencialmente los pacientes.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 288 pacientes cuyas características están en la tabla 1. El diagnóstico de asma se confirmó mediante espirometría en el 20,8% de los pacientes, y en un 52,5% con sospecha de asma alérgica realizaron pruebas de sensibilización. El 92,3% de los pacientes con asma persistente fueron tratados con glucocorticoides inhalados (GCI), en concordancia con las recomendaciones, siendo LABA + GCI la prescripción más frecuente. El asma estaba bien controlada (ACT ≥ 20) en el 54,9% de los casos, sin embargo, la media de consumo de corticoides orales de 1,33 en el año anterior. El seguimiento periódico fue limitado, con solo un 9% de los pacientes registrados con visitas programadas. Además, el 13,9% tu-

vieron exacerbaciones durante el periodo de estudio, con una media de 1,38 exacerbaciones en el último año.

Características de los pacientes	
Características	Frecuencia (%)
Sexo	
Femenino	62,4
Masculino	35,8
Hábito tabáquico	
Fumadores	13,2
Seguimiento médico	
Atención primaria	93,4
Neumología	13,6
Gravedad del asma	
Intermitente	68,4
Persistente leve	15,6
Persistente moderado	11,8
Persistente grave	4,2

**Conclusiones:** La adherencia a las recomendaciones GEMA en la atención de pacientes asmáticos de nuestra área sanitaria es adecuada respecto al tratamiento del asma persistente. La adherencia a otros aspectos clave como el diagnóstico y la educación del paciente es insuficiente. Existe la necesidad de implementar programas formativos para optimizar el manejo integral de la enfermedad, prestando especial atención al diagnóstico, para garantizar una atención de calidad.

## 253. DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES QUE INICIAN BENRALIZUMAB SEGÚN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN ESPAÑA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO GALERNA

Álvaro Martínez Mesa<sup>1</sup>, Ismael García Moguel<sup>2</sup>, José Luis Velasco Garrido<sup>3</sup>, Rocío Díaz Campos<sup>4</sup>, José Luis Sánchez Trincado<sup>5</sup> y Elisa Luzón Alonso<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España. <sup>2</sup>Hospital 12 de Octubre, Madrid, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España. <sup>4</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. <sup>5</sup>AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A, Madrid, España.

**Introducción:** El asma grave afecta al 7,7% de los asmáticos en España, estimándose que más de la mitad de estos pueden tener un mal control de su enfermedad. En el contexto del asma grave eosinofílica (AGE), los pacientes pueden ser subsidiarios de terapias biológicas como benralizumab, que ha demostrado eficacia en estudios previos. No obstante, existe poca evidencia acerca de aspectos como la adherencia o persistencia de dichos pacientes a benralizumab durante un seguimiento a largo plazo en un contexto de práctica clínica habitual.

**Material y métodos:** GALERNA es un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico que busca describir la adherencia a largo plazo (hasta 144 semanas) de pacientes adultos con AGE tratados con benralizumab según práctica clínica habitual en España. Este análisis describe las características basales de los pacientes participantes en el estudio GALERNA, utilizando los datos previos al inicio de benralizumab. Se presenta además la proporción de pacientes que participaron en el Programa de Soporte de Pacientes (PSP) Connect360, e información relativa al tiempo de seguimiento tras el inicio de benralizumab.

**Resultados:** El estudio incluyó 255 pacientes evaluables de 21 centros. Un 67,7% eran mujeres. La edad media (desviación estándar, DE) fue 56,4 (13,1) años. Previo al inicio del tratamiento, los pacientes tenían una mediana (rango intercuartílico, RIC) de eosinófilos en sangre de 430,0 (205,0-670,0) cel/ $\mu$ L, 71,3% habían hecho algún uso de corticoides sistémicos, 58,8% presentaron al menos una exacerbación grave en el año previo y 39,4% habían recibido al menos un bio-

lógico previo. La media (DE) de ACT fue de 13,8 (5,6) y el porcentaje medio (DE) de FEV<sub>1</sub> pre-BD fue de 70,6% (20,7) (tabla). Tras inicio de benralizumab, la proporción de pacientes que participaron en el PSP Connect 360 fue del 52,1%. La proporción de pacientes con datos de seguimiento hasta un máximo de 1, 2 o 3 años fue de 100%, 92,5% y 79,2%, respectivamente.

Sexo, n (%); N <sup>a</sup>	N = 254
Femenino	172 (67,7)
Masculino	82 (32,3)
Edad (años); N <sup>a</sup>	N = 254
Media (DE)	56,4 (13,1)
IMC (kg/m <sup>2</sup> ); N <sup>a</sup>	N = 230
Media (DE)	28,7 (5,9)
Edad al diagnóstico del asma (años); N <sup>a</sup>	N = 193
Media (DE)	38,7 (17,5)
Edad al diagnóstico del asma grave (años); N <sup>a</sup>	N = 221
Media (DE)	50,6 (14,5)
Tiempo de duración del asma (años); N <sup>a</sup>	N = 188
Media (DE)	17,4 (14,4)
Tiempo de duración del asma grave (años); N <sup>a</sup>	N = 223
Media (DE)	5,3 (8,0)
Asma alérgica <sup>b</sup> , n (%); N <sup>a</sup>	N = 245
Hábito tabáquico, n (%); N <sup>a</sup>	N = 243
Nunca fumador	151 (62,1)
Exfumador	83 (34,2)
Fumador	9 (3,7)
Presencia de comorbilidades, n (%); N <sup>a</sup>	N = 254
Rinosinusitis crónica con poliposis nasal	96 (37,6)
Hipertensión	67 (26,3)
Reflujo gastroesofágico	67 (26,3)
Osteoporosis	37 (14,5)
Diabetes mellitus tipo 2	32 (12,5)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	13 (5,1)
Síndrome de apnea obstructiva del sueño	26 (10,2)
Bronquiectasias	32 (12,5)
Ansiedad	42 (16,5)
Depresión	39 (15,3)
Eosinófilos en sangre periférica (cel/ $\mu$ L); N <sup>a</sup>	N = 224
Mediana (RIC)	430,0 (205,0-670,0)
IgE total (IU/mL); N <sup>a</sup>	N = 155
Mediana (RIC)	157,0 (52,4-381,0)
FeNO (ppb); N <sup>a</sup>	N = 137
Mediana (RIC)	35,0 (19,0-65,0)
Pacientes con cualquier uso de SCS, n (%); N <sup>a</sup>	N = 251
Terapias biológicas previas para el asma grave, n (%); N <sup>a</sup>	N = 254
De los cuales, n (%):	100 (39,4)
Tratamiento previo con omalizumab	72 (72,0)
Tratamiento previo con mepolizumab	44 (44,0)
Tratamiento previo con reslizumab	2 (2,0)
FEV <sub>1</sub> pre-BD (mL), N <sup>a</sup>	N = 220
Media (DE)	1951,4 (804,1)
FEV <sub>1</sub> pre-BD (%), N <sup>a</sup>	N = 232
Media (DE)	70,6 (20,7)
ACT, N <sup>a</sup>	N = 183
Media (DE)	13,8 (5,6)
Pacientes con exacerbaciones graves, n (%)	150 (58,8)
Número de exacerbaciones graves, media (DE)	2,4 (1,7)
Pacientes con exacerbaciones graves con visita a urgencias, n (%)	77 (30,2)
Pacientes con exacerbaciones graves con hospitalización, n (%)	26 (10,2)

<sup>a</sup>Número de pacientes con datos disponibles; <sup>b</sup>Según criterio del investigador.

IMC: índice de masa corporal; DE: desviación estándar; RIC: rango intercuartílico; ACT: Asthma Control Test; BD: broncodilatador; eos: eosinófilos; FeNO: fracción exhalada de óxido nítrico; FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en el 1.<sup>er</sup> segundo; ICS: corticoides inhalados; LABA:  $\beta$  agonista de acción larga; LAMA: agonista muscarínico de acción larga; LTRA: antagonista del receptor de leucotrienos; SNOT: sino-nasal outcome test; SCS: corticoides sistémicos; PSP: Programa de Soporte al Paciente.

**Conclusiones:** Las características basales, previas al inicio del tratamiento con benralizumab, de los participantes en el estudio GALERNA muestran una población con alta carga de enfermedad, evidenciada por bajo control de la enfermedad, función pulmonar disminuida, presencia de exacerbaciones graves y alto uso de corticoides sistémicos.

## 802. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RESPUESTA AL AÑO A DUPILUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA

**Javier Santos Martínez**, Francisco Casas Maldonado, Alejandro Castrillo Álvarez, Andrea María Mendoza Barrios, Eva Rubio Calvo, Carlos Gómez Martín y Luis Fernando Cassini Gómez de Cádiz

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España.

**Introducción:** EXACTO es una escala multidimensional que valora uso de glucocorticoides sistémicos (GCS), exacerbaciones, síntomas (ACT) y función pulmonar (FEV<sub>1</sub>). EXACTO permite evaluar y categorizar la respuesta de un paciente con asma grave no controlado (AGNC) al tratamiento con un anticuerpo monoclonal (mAb) en completa, buena, parcial y no respuesta, y definir a los superrespondedores en asma (respuesta completa). Según GEMA 5,4 la evaluación de la respuesta al tratamiento debe hacerse a las 16 semanas y al año de iniciar el tratamiento. El objetivo del estudio es describir y analizar los factores de respuesta al año a dupilumab en una cohorte de pacientes con AGNC en práctica clínica habitual.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de 26 pacientes con AGNC tratados con dupilumab durante al menos 52 semanas. Evaluación de la respuesta mediante la escala EXACTO a las 52 semanas. Estudio estadístico realizado mediante SPSS 21.0.

**Resultados:** 26 pacientes tratados con dupilumab durante 52,4 ± 7,3 semanas. Mujeres el 53,8%, edad 56,2 ± 12,6 años, IMC 28,5 ± 7,7, IPA 19,8 ± 16,6, tiempo de evolución del asma 27,1 ± 11,5 años; 8 no fumadores (30,8%) y 18 exfumadores (69,2%); fenotipo T2 alérgico 1 (3,8%), T2 alérgico-eosinofílico 10 (38,5%) y T2 eosinofílico 15 (57,7%); corticodependientes 4 (15,4%) con una dosis media de 11,5 ± 4,2 mg/día, insuficiencia suprarrenal 1 (3,8%); rinitis alérgica 10 (38,5%), dermatitis 4 (15,4%), RSCcPN 15 (57,7%); EREA 6 (23,1%), ERGE 5 (19,2%), AOS 5 (19,2%), bronquiectasias 2 (7,7%), depresión-ansiedad 5 (19,2%) y osteoporosis-osteopenia 7 (26,9%), *naïve* 16 (61,5%) y *switch* desde otro mAb por respuesta parcial o no respuesta 10 pacientes (38,5%). En la tabla 1 se muestran los datos basales y a las 52 semanas de las variables cuantitativas. A las 52 semanas, 11 pacientes (42,3%) mostraron respuesta completa, 9 buena (34,6%), 5 parcial (19,2%) y 1 no respuesta (3,8%). El modelo de regresión logística binaria aplicado para respuesta buena o completa indica que tener RSCcPN ( $p = 0,04$ ) es predictor de una respuesta al año buena o completa, y que ser *naïve* ( $p = 0,03$ ) es predictor de una respuesta al año completa (superrespondedor).

**Tabla 1. Datos basales y finales respuesta al año a dupilumab**

Variables	Inicial	52 semanas	p
ACT (SD)	13,1 (5,8)	19,3 (5,6)	<0,001
ACT ≥20	4 (15,4%)	12 (46,2%)	<0,001
Nº ciclos CO (SD)	1,9 (1,7)	0,4 (1,0)	<0,001
Agudizaciones (SD)	2,0 (1,8)	0,4 (1,0)	<0,001
FeNO ppb (SD)	75,6 (59,3)	31,5 (36,3)	<0,001
IgE ui/L (SD)	340,9 (572,7)	137,2 (175,1)	<0,001
Eosinófilos (SD)	333,5 (247,2)	722,9 (997,4)	<0,001
FVC ml (SD)	2957,3 (851,7)	3317,3 (997,4)	<0,001
FVC% (SD)	85,1 (18,4)	92,4 (19,0)	<0,01
FEV1 ml (SD)	1894,6 (760,7)	2252,7 (856,9)	<0,001
FEV1 % (SD)	66,9 (3,4)	79,1 (23,9)	<0,001

**Conclusiones:** 1. El 76,9% de nuestros pacientes en tratamiento con dupilumab han mostrado respuesta al año completa o buena y el 42,3% respuesta completa. 2. Ser *naïve* es predictor de respuesta buena o completa a dupilumab al año, y la RSCcPN es predictor de res-

puesta completa. 3. La respuesta temprana es predictor de la respuesta al año en los pacientes tratados con dupilumab.

## 797. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RESPUESTA TEMPRANA A DUPILUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA

**Francisco Casas Maldonado**, Alejandro Castrillo Álvarez, Andrea María Mendoza Barrios, Eva Rubio Calvo, Javier Santos Martínez, Carlos Gómez Martín y Luis Fernando Cassini Gómez de Cádiz

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España.

**Introducción:** EXACTO es una escala multidimensional que valora uso de glucocorticoides sistémicos (GCS), exacerbaciones, síntomas (ACT) y función pulmonar (FEV<sub>1</sub>). EXACTO permite evaluar y categorizar la respuesta de un paciente con asma grave no controlado (AGNC) al tratamiento con un anticuerpo monoclonal (mAb) en completa, buena, parcial y no respuesta, y definir a los superrespondedores en asma (respuesta completa). Según GEMA 5,4 la evaluación de la respuesta al tratamiento debe hacerse a las 16 semanas y al año de iniciar el tratamiento. Describir y analizar los factores de respuesta temprana a dupilumab en una cohorte de pacientes con AGNC en práctica clínica habitual.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de 26 pacientes con AGNC tratados con dupilumab durante al menos 16 semanas. Evaluación de la respuesta mediante la escala EXACTO a las 16 semanas. Análisis estadístico realizado mediante SPSS 21.0.

**Resultados:** 26 pacientes tratados con dupilumab durante 16,8 ± 3,5 semanas. Mujeres el 53,8%, edad 56,2 ± 12,6 años, IMC 28,5 ± 7,7, IPA 19,8 ± 16,6, tiempo de evolución del asma 27,1 ± 11,5 años; 8 no fumadores (30,8%) y 18 exfumadores (69,2%); fenotipo T2 alérgico 1 (3,8%), T2 alérgico-eosinofílico 10 (38,5%) y T2 eosinofílico 15 (57,7%); corticodependientes 4 (15,4%) con una dosis media de 11,5 ± 4,2 mg/día, insuficiencia suprarrenal 1 (3,8%); rinitis alérgica 10 (38,5%), dermatitis 4 (15,4%), RSCcPN 15 (57,7%); EREA 6 (23,1%), ERGE 5 (19,2%), AOS 5 (19,2%), bronquiectasias 2 (7,7%), depresión-ansiedad 5 (19,2%) y osteoporosis-osteopenia 7 (26,9%), *naïve* 16 (61,5%) y *switch* desde otro mAb por respuesta parcial o no respuesta 10 pacientes (38,5%). En la tabla se muestran los datos basales y a las 16 semanas de las variables cuantitativas. A las 16 semanas, 10 pacientes (38,5%) mostraron respuesta completa, 11 buena (42,3%), 4 parcial (15,4%) y 1 no respuesta (3,8%). El modelo de regresión logística binaria aplicado para respuesta buena o completa indica que ser *naïve* ( $p = 0,004$ ) es predictor de una respuesta temprana buena o completa, y que tener RSCcPN es predictor de una respuesta temprana completa (superrespondedor).

**Tabla 1. Datos basales y finales respuesta temprana a dupilumab**

Variables	Inicial	16 semanas	p
ACT (SD)	13,1 (5,8)	18,7 (6,0)	<0,001
ACT ≥20	4 (15,4%)	12 (46,2%)	<0,001
Nº ciclos CO (SD)	1,9 (1,7)	0,2 (0,7)	<0,001
Agudizaciones (SD)	2,0 (1,8)	0,3 (0,8)	<0,001
FeNO ppb (SD)	75,6 (59,3)	23,4 (11,3)	<0,001
IgE ui/L (SD)	340,9 (572,7)	220,6 (445,9)	<0,01
Eosinófilos (SD)	333,5 (247,2)	514,6 (425,3)	<0,001
FVC ml (SD)	2957,3 (851,7)	3276,8 (943,4)	<0,001
FVC% (SD)	85,1 (18,4)	92,4 (18,0)	<0,01
FEV1 ml (SD)	1894,6 (760,7)	2279,2 (853,5)	<0,001
FEV1 % (SD)	66,9 (3,4)	79,8 (23,0)	<0,001

**Conclusiones:** 1. Dupilumab se ha mostrado eficaz en el tratamiento de pacientes con AGNC. 2. El 80,8% de nuestros pacientes en tratamiento con dupilumab han mostrado respuesta temprana completa o buena y el 38,5% respuesta completa. 3. Ser *naïve* es predictor de respuesta buena o completa a dupilumab, y la RSCcPN es predictor de respuesta completa.

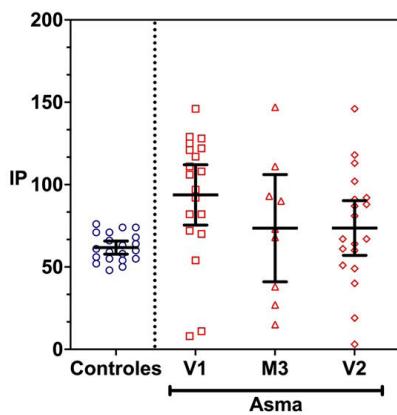
## 106. DETECCIÓN DE IL-5 EN MASCARILLA FACIAL MEDIANTE ENSAYO CON NANOPARTÍCULAS EN PACIENTES CON ASMA GRAVE Y EFECTO DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO

**Bartomeu Mestre Cañas, Ana María Rodrigo Troyano, Francisco Manuel Moyano Bouzada, Nuria Toledo Pons, Andreu Vaquer Vadell, Amanda Iglesias Coma, Sofía Tejada Magraner, Meritxell López Zamora, Ruth Engonga Gutiérrez, José Luís Valera Felices, Roberto de la Rica Quesada y Francisco de Borja García Cosío Piqueras**

*Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares, Palma de Mallorca, España.*

**Introducción:** El fenotipo eosinofílico del asma grave no controlado (AGNC) se caracteriza por aumento del número de eosinófilos en sangre y tejido bronquial en respuesta a la liberación de interleucina 5 (IL-5) orquestada por las células Th2 o ILC2. La detección de la IL-5 en aire exhalado mediante un método sencillo y rápido permitiría el fenotipado correcto de los pacientes candidatos a recibir terapia biológica y potencialmente podría servir para monitorizar la respuesta al tratamiento.

**Material y métodos:** Estudio de casos y controles con seguimiento prospectivo de los casos. Se incluyeron como casos a pacientes con AGNC candidatos a terapia biológica a los que se realizó previamente una broncoscopia con biopsia bronquial y se compararon con una población control sin asma. Los casos se siguieron durante 6 meses. Se determinó la concentración de IL-5 en una mascarilla quirúrgica estándar que el sujeto debió llevar puesta durante 30 minutos. La concentración de IL5 se midió mediante un inmunoensayo con nanopartículas. Se comparó el nivel de IL5 previo al biológico (V1) respecto a la población control y en los casos tratados con biológico durante el seguimiento a los 3 (M3) y 6 meses (V2).



*La detección de la IL-5 en mascarilla quirúrgica puede ser un biomarcador de fenotipo T2 alto que podría tener utilidad en la respuesta al tratamiento biológico.*

**Resultados:** Se estudiaron 73 casos con AGNC en V1, de los cuales 20 fueron evaluados en M3 y V2, y 62 controles sanos. Los casos tenían una edad media de  $55,2 \pm 14,5$ , siendo el 67% mujeres, mientras que los controles tenían una edad media de  $37,5 \pm 10,5$  años, con un 55% de mujeres. Los pacientes con AGNC tenían unos niveles de IL-5 en mascarilla significativamente más elevados que los controles, ( $95,9 \pm 39,8$

vs.  $61,8 \pm 7,9$ , respectivamente,  $p < 0,01$ ). Los niveles de IL-5 disminuyeron significativamente a los 6 meses, aunque sin llegar a los niveles de los controles sin asma ( $95,9 \pm 39,8$  [V1] y  $73,9 \pm 34,3$  [V2],  $p < 0,05$ ) (fig.).

**Conclusiones:** La detección de la IL-5 en mascarilla quirúrgica puede ser un biomarcador de fenotipo T2 alto que podría tener utilidad en la respuesta al tratamiento biológico.

Este proyecto está financiado por la subvención, expediente PRO-SALUT 2023-16, de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares (Dirección General de Investigación en Salud, Formación y Acreditación) y puede ser objeto de cofinanciación en un 60% con cargo al Programa FEDER 2021-2027 de las Islas Baleares.

## 834. DETERMINACIÓN DE CONCENTRACIÓN SÉRICA DE BENRALIZUMAB EN PACIENTES ASMÁTICOS

**María Eugenia Navarrete Rouco, Pilar Ausín Herrero, Ángela García Sanz, Mireia Admetlló Papiol, Antonio Sancho Muñoz, Dulce Soto Soto y Ramón Gimeno Martínez**

*Hospital del Mar, Barcelona, España.*

**Introducción:** La determinación de concentraciones séricas de fármacos biológicos es una práctica habitual que se lleva a cabo en diferentes patologías inmunomedidas para optimizar tratamientos. El objetivo del estudio fue describir las concentraciones séricas (Cs) de benralizumab determinadas por técnica ELISA en pacientes con asma grave (AG) tratados dicho fármaco.

**Material y métodos:** Estudio piloto realizado durante el período 2022-2024. Se incluyeron pacientes con AG en tratamiento con benralizumab (dosis de mantenimiento 30 mg/8 semanas). Se realizaron extracciones en los puntos: valle, 4 días, y semanas 6,7 y 8 post administración. Se determinaron por duplicado las Cs mediante ELISA (KRIBIOLISA™ Benralizumab, ref: KBI1183). Se siguió el protocolo proporcionado por el kit comercial para la generación de la curva de calibrado y la determinación de las Cs. Las Cs de benralizumab fueron interpoladas de una curva de calibración ajustada a un modelo logístico de 4 parámetros (4-PL) generada por MyCurveFit (online). El análisis de los datos se realizó mediante una hoja de cálculo Excel. Variables recogidas: demográficas (edad, sexo, IMC), clínicas (ACT basal) y terapéuticas (fecha de inicio de tratamiento, fecha de extracción, tratamiento biológico previo). Estadística: variables cualitativas (número y %), variables cuantitativas (mediana y rango).

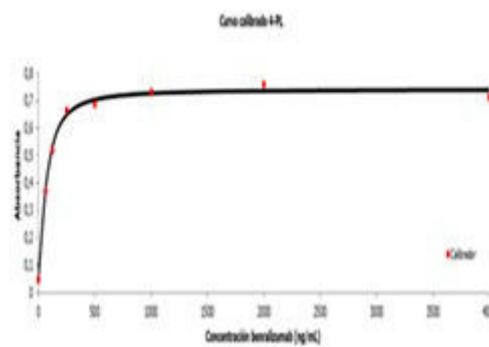


Figura 1. Curva de calibrado de estándares de benralizumab.

**Resultados:** Se analizaron un total de 40 muestras correspondientes a 8 pacientes. La curva de calibración generada fue  $y = 0,7401516 + (0,04857547 - 0,7401516)/(1 + (x/69,99144)^{1,458442})$  ( $R^2: 0,9951$ ) (fig. 1). La edad media de los pacientes fue 54 (39-77) años; 5 fueron mujeres; una paciente tenía  $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$  y una paciente un  $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ . De los 8 pacientes, 6 estaban en remisión clínica con una persistencia al fármaco mayor a un año (pacientes: 1, 2, 3, 4, 5, 6). En la paciente 7 se tomaron las muestras previo al switch de biológico

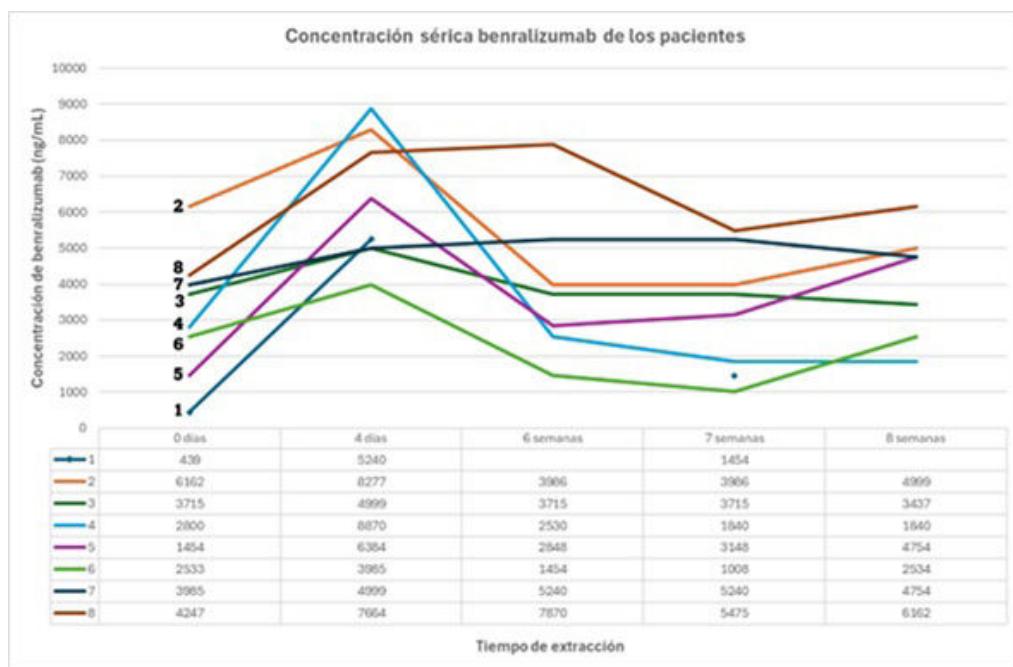


Figura 2. Comunicación 834. Concentración sérica de benralizumab de los pacientes.

por respuesta insuficiente (ACT 10) tras más de un año de tratamiento. En la paciente 8, la determinación se realizó en el sexto mes y era buena respondedora al tratamiento. En la figura 2, se muestra la concentración plasmática de benralizumab en cada punto de extracción de estos pacientes. En la paciente 1, no se pudo determinar los puntos en las semanas 6 y 8 por encontrarse por debajo del límite de cuantificación.

**Conclusiones:** Es posible determinar Cs de benralizumab mediante kit ELISA. Los resultados obtenidos muestran ciertas concordancias con la clínica. Consideramos necesario continuar investigando en la misma línea.

#### 348. DIFERENCIAS EN EL CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS EN FUNCIÓN DE LA CONVIVENCIA FAMILIAR EN PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL INGRESADORES

Zichen Ji<sup>1</sup>, Marta Jerónimo Trigueros<sup>2</sup>, Jimena O'Shanahan Delgado-Taramona<sup>2</sup>, Beatriz Recio Moreno<sup>3</sup>, Gabriella Maura Manzanares Cavin<sup>1</sup>, Stephany Ivonne Briones Alvarado<sup>1</sup> y Javier de Miguel Díez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. <sup>2</sup>Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, España. <sup>3</sup>Servicio de Neumología, Hospital Recoletas Salud Campo Grande, Valladolid, España.

**Introducción:** Los pacientes con asma bronquial pueden sufrir exacerbaciones. Los familiares de estos pacientes juegan un papel importante en el estilo de vida del paciente y en el cuidado de ellos, pudiendo influir en el control de la enfermedad. El objetivo del estudio fue comparar la mortalidad y la aparición de exacerbaciones de asma, con o sin ingreso, en los pacientes que tuvieron una exacerbación con ingreso en función la convivencia familiar.

**Material y métodos:** Estudio observacional de pacientes con asma que tuvieron un ingreso por exacerbación entre 2016 y 2018, con seguimiento prospectivo desde el alta hasta 2024. Se revisó la historia clínica para obtener datos clínicos en el momento del ingreso y posteriormente la aparición de eventos durante el seguimiento. Se analizó la aparición de exacerbaciones y la mortalidad como variables tiempo dependientes.

**Resultados:** Se incluyeron 83 pacientes, de los cuales, 16 (19,3%) eran varones. La edad media fue de 66,2 años (DE 22,7). El peso

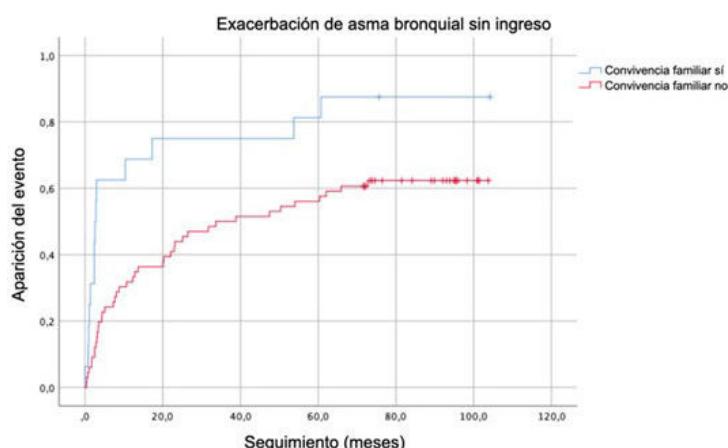


Figura 1. Comunicación 348. Aparición de exacerbaciones de asma bronquial sin ingreso tras la recuperación del ingreso inicial según la convivencia familiar.

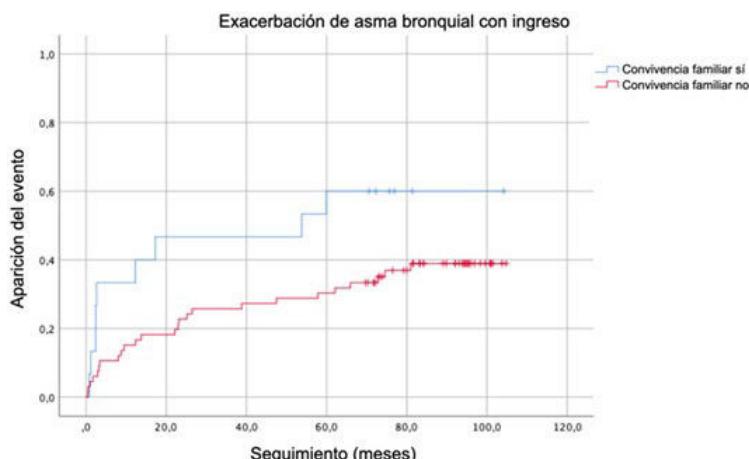


Figura 2. Comunicación 348. Aparición de exacerbaciones de asma bronquial con ingreso tras la recuperación del ingreso inicial según la convivencia familiar.

medio de los pacientes fue de 71,2 kg (DE 15,1), la talla media fue de 1,59 m (DE 0,08), con un índice de masa corporal (IMC) de 28,2 kg/m<sup>2</sup> (DE 5,7). En cuanto a la función pulmonar, el FEV<sub>1</sub> medio fue del 83,0% (DE 25,8) sobre el valor predicho, la FVC media fue del 98,3% (DE 25,3) sobre el valor predicho. En cuanto a las comorbilidades, la mediana del índice de Charlson fue 1 (RIC 1-2). La mediana del seguimiento fue de 81,5 meses (RIC 73,3-94,8). De todos los pacientes incluidos en el estudio, 67 (80,7%) convivían con familiares. En comparación con aquellos pacientes que vivían solos, estos pacientes tenían una edad inferior (63,3 vs. 78,4 años,  $p = 0,001$ ). No se objetivaron diferencias significativas en ninguna otra característica clínica. Las figuras muestran la aparición de exacerbaciones de asma sin y con ingreso, respectivamente, tras la recuperación del ingreso inicial según la convivencia familiar. Se objetivó una mayor presencia de exacerbaciones sin ingreso en los pacientes que vivían solos ( $log-rank$  9,64 y  $p = 0,002$ ) y una mayor presencia de exacerbaciones con ingreso en estos pacientes ( $log-rank$  4,13 y  $p = 0,042$ ). No se objetivaron diferencias en la supervivencia según la convivencia con familiares.

**Conclusiones:** Los pacientes con asma bronquial que vivían solos presentaron más exacerbaciones de asma bronquial tras un primer ingreso en comparación con aquellos que convivían con familiares. El seguimiento de estos pacientes debe ser más estrecho para vigilar las fluctuaciones en el asma bronquial.

### 83. DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA PARA CLASIFICAR LA TOS CRÓNICA EN FUNCIÓN DE SU GRAVEDAD: CUESTIONARIO DE GRAVEDAD DE LA TOS (CGT)

**Eduard Duran Cifuentes**<sup>1</sup>, Esther Palones<sup>1</sup>, Eduardo Vélez<sup>1</sup>, Ebymar Arismendi<sup>2</sup>, Ruth Farriols<sup>3</sup>, Abigail Macías<sup>4</sup>, Carlos Martínez<sup>5</sup>, Mariana Muñoz<sup>6</sup>, Ana Sogo<sup>7</sup>, Eduardo Valverde<sup>8</sup>, Pere Simonet<sup>9</sup>, Rosa Villafáfila<sup>9</sup>, Marta Villanueva<sup>10</sup> y Astrid Crespo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología y Alergia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital Clínic de Barcelona, España. <sup>3</sup>Enfermera de atención familiar y comunitaria. CAP Montbaig, Viladecans, España. <sup>4</sup>Hospital Sant Jaume, Calella, España. <sup>5</sup>Servicio de Neumología. Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España. <sup>6</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, España. <sup>7</sup>Servicio de Neumología Hospital Parc Taulí, Sabadell, España. <sup>8</sup>Hospital de Mataró-Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, España. <sup>9</sup>Atención familiar y comunitaria. CAP María Bernades, Viladecans, España.

<sup>10</sup>Enfermería de atención familiar y comunitaria. CAP Josep Bertran i Miret, Sant Pere de Ribes, España.

**Introducción:** La tos crónica (TC), definida como la tos de duración > 8 semanas, es un motivo frecuente de consulta en neumología y su estudio requiere de múltiples pruebas complementarias, visitas médicas y valoración de diversos especialistas. Actualmente existen diversos cuestionarios para medir el impacto de la TC en los pacientes y monitores para objetivar la frecuencia de la tos, pero no hay ninguna herramienta que permita clasificar la TC en función de su gravedad.

**Objetivos:** Elaborar un cuestionario que permita la clasificación objetiva de la TC en función de su gravedad, el Cuestionario de Gravedad de la Tos (CGT).

**Material y métodos:** La creación del cuestionario siguió dos fases: 1) Elaboración del borrador del CGT por los miembros del grupo de TC de la Societat Catalana de Pneumología (SOCAP). 2) Valoración del borrador del CGT por expertos españoles mediante dos rondas Delphi. Para ello se utilizó la metodología Rand Healthcare Corporation-Universidad de California (Rand/UCLA). Actualmente está en fase de validación contrastando el CGT con los cuestionarios Cough Severity Diary, Cough Severity Visual Analogue Scale y Leicester Cough Questionnaire, además del monitor de Strados™. Posteriormente se dispondrá de un baremo de puntuación que permita la clasificación objetiva de la TC.

**Resultados:** En la fase 1 se elaboró el primer borrador del CGT por 8 expertos del grupo de TC de la SOCAP. Dicho borrador estaba formado por 16 preguntas, de las cuales 12 tenían una respuesta polémica y 4 dicotómica. En la fase 2 se utilizaron dos rondas Delphi para consensuar el CGT por profesionales sanitarios de España. Participaron 48 y 47 panelistas en la primera y segunda ronda respectivamente, los cuales fueron neumólogos (75,0%,  $n = 36$ ), alergólogos (10,4%,  $n = 5$ ), médicos de familia (10,4%,  $n = 5$ ) y enfermeras especializadas en el paciente respiratorio de atención primaria (4,4%,  $n = 2$ ). En la primera ronda se evaluaron 32 ítems y en la segunda ronda 2 ítems (tabla 1). También se realizaron preguntas exploratorias en ambas rondas, 2 y 5 respectivamente (tabla 2). El resultado final fue un cuestionario compuesto por 9 preguntas.

Tabla 1. Resultados de la encuesta Delphi en las dos rondas, según los ítems evaluados

Ronda 1			
Ítems	Evaluación	Grado de consenso	
1, 3-17	Relevancia clínica	Apropiado	Acuerdo
	Facilidad de comprensión	Apropiado	Acuerdo
2	Relevancia clínica	Apropiado	Neutral
	Facilidad de comprensión	Apropiado	Neutral
Ronda 2			
Ítems	Evaluación	Grado de consenso	
1-2	Relevancia clínica	Apropiado	Acuerdo
	Facilidad de comprensión	Apropiado	Acuerdo

Tabla 2. Ejemplos de las preguntas exploratorias realizadas en las rondas 1 y 2 Delphi

En las preguntas de la 7 a la 18 se habla de la última semana, elija el periodo de referencia que considera más adecuado	
La última semana	8 (16,7%)
Las últimas 2 semanas	7 (14,6%)
Las últimas 4 semanas	27 (56,3%)
Las últimas 8 semanas	6 (12,5%)
En las preguntas de la 19 a la 23 se habla de un periodo de 1 año, elija el periodo de referencia que considera más adecuado	
El último año	33 (68,8%)
La última semana	1 (2,1%)
Los últimos 6 meses	13 (27,1%)
Sin respuesta	1 (2,1%)
¿El presente cuestionario de gravedad de la tos debería centrarse en la tos en general o solo en la tos crónica (> 8 semanas de evolución)?	
No, debería servir para evaluar cualquier tipo de tos	6 (12,8%)
Sí, debería centrarse únicamente en evaluar la gravedad de la tos crónica	41 (87,2%)

**Conclusiones:** Presentamos la metodología utilizada para elaborar el primer cuestionario que permitirá clasificar la TC según su gravedad. Esto permitirá identificar los casos graves candidatos a un circuito de diagnóstico preferente y/o a tratamientos específicos para la TC.

## 971. EFECTIVIDAD DE BENRALIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE POSTERIOR A FRACASO CON BIOLÓGICOS PREVIOS. REGISTRO DE ASMA GRAVE DE LA SOCIETAT CATALANA DE PNEUMOLOGÍA (SOCAP)

**Ebymar Arismendi Núñez**<sup>1</sup>, Mariana Muñoz Esquerre<sup>2</sup>, Astrid Crespo Lessmann<sup>3</sup>, María Pilar Ausin<sup>4</sup>, José Antonio Castillo Vizuete<sup>5</sup>, Ana Lapuente<sup>6</sup>, Alejandra Marín Arguedas<sup>7</sup>, Carlos Martínez Rivera<sup>8</sup>, Daniel Monserrat<sup>9</sup>, Xavier Muñoz Gall<sup>10</sup>, Íñigo Oganjuren Arranz<sup>10</sup>, Esther Palones Femenia<sup>3</sup>, Marina Paredes López<sup>11</sup>, María Florencia Pilia<sup>10</sup>, César Picado Vallés<sup>11</sup>, Gladis Sabater Talaverano<sup>12</sup>, Carlos Sabadell Nieto<sup>13</sup>, Ana Sogo Sagardía<sup>9</sup> y Concepción Cañete<sup>14</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, Hospital Clínic, CIBERES, Barcelona, España.

<sup>2</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España. <sup>3</sup>Servicio de Neumología, Hospital Sant Pau, Barcelona, España.

<sup>4</sup>Servicio de Neumología, Hospital del Mar, Barcelona, España. <sup>5</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario Dexeus, Barcelona, España.

<sup>6</sup>Servicio de Neumología, Hospital Mutua de Terrassa, España. <sup>7</sup>Servicio de Neumología, Hospital Dos de Maig, Barcelona, España. <sup>8</sup>Servicio de Neumología, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

<sup>9</sup>Servicio de Neumología, Hospital Parc Taulí, Sabadell, España. <sup>10</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

<sup>11</sup>Servicio de Neumología, Hospital Clínic de Barcelona, España.

<sup>12</sup>Servicio de Neumología, Hospital Josep Trueta, Girona, España.

<sup>13</sup>Servicio de Neumología, Hospital de Figueres, España. <sup>14</sup>Servicio de Neumología, Hospital Moisés Broggi, Barcelona, España.

**Introducción:** Este es un estudio retrospectivo y multicéntrico realizado en 10 hospitales de la red de salud pública de Cataluña, con la participación de neumólogos miembros de la Societat Catalana de Pneumología (SOCAP). El estudio se centra en mejorar el control del asma, reducir la tasa de exacerbaciones y mejorar la función pulmonar. Se incluyeron pacientes con asma grave que realizaron cambio a benralizumab debido a un control insuficiente o efectos adversos a los tratamientos biológicos previos.

**Material y métodos:** Se recogieron los datos a los 12 meses de iniciado el tratamiento con benralizumab, incluyendo los cambios en el puntaje del Asma Control Test (ACT), el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV<sub>1</sub>), la frecuencia de exacerbaciones y el uso de corticosteroides orales.

**Resultados:** De los 59 pacientes estudiados, el 62% había sido tratado previamente con omalizumab, siendo el principal motivo del cam-

bio el fracaso terapéutico. El cambio a benralizumab resultó en mejoras significativas: los puntajes del ACT aumentaron de  $12 \pm 4$  a  $19 \pm 4$  puntos ( $p < 0,05$ ), el FEV<sub>1</sub> mejoró de  $65 \pm 20\%$  a  $74 \pm 17\%$  ( $p < 0,05$ ), y las tasas de exacerbaciones disminuyeron de 2 [0-10] a 0,5 [0-5] ( $p < 0,05$ ). Previo al inicio de benralizumab, 19 pacientes se consideraron corticodependientes, con una dosis de  $9,5 \pm 3$  mg diarios de prednisona, disminuyendo después de 12 meses de tratamiento a 10 pacientes corticodependientes, con una dosis de  $6,5 \pm 3$  mg diarios de prednisona ( $p < 0,05$ ). En general, el 76% de los pacientes experimentaron una respuesta buena o parcial al cambio según la escala EXACTO.

**Conclusiones:** Estos hallazgos indican que, para los pacientes con asma grave que no alcanzaron el control con otros biológicos, el cambio a benralizumab disminuye significativamente las exacerbaciones y el uso de corticoides orales, mejora la función pulmonar y el ACT, posicionándolo como una alternativa relevante en el manejo del asma grave.

## 634. EFECTIVIDAD DE BENRALIZUMAB EN FUNCIÓN DE LA POLIPOSIS Y TRATAMIENTO BIOLÓGICO PREVIO

**Ángel Carmona González**<sup>1</sup>, Sofía Gutiérrez Hernández<sup>1</sup>, Alfonso Marín Andreu<sup>1</sup>, Isabel Castillo Rivillas<sup>1</sup>, Aureliano Aís Daza<sup>1</sup>, Francisco Pérez Grimaldi<sup>2</sup>, Sergio García Morales<sup>2</sup>, Gregorio Soto Campos<sup>2</sup>, María Morales González<sup>3</sup>, Ana Badillo Melgar<sup>3</sup>, Daniel del Castillo Otero<sup>4</sup>, Álvaro Cabeza Serrano<sup>4</sup> y Aurelio Arnedillo Muñoz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España. <sup>2</sup>Hospital Universitario Jerez de la Frontera, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario Punta de Europa, Algeciras, España. <sup>4</sup>Hospital Universitario de Puerto Real, España.

**Introducción:** Los tratamientos con fármacos biológicos para el asma grave ofrecen una nueva alternativa para el control de la enfermedad. El objetivo de este estudio fue evaluar la respuesta a los 12 meses de tratamiento con benralizumab en pacientes con asma grave no controlada (AGNC) en seguimiento en consulta de asma de 4 hospitales de la provincia de Cádiz, con poliposis y sin poliposis y el comportamiento del mismo en pacientes que no habían recibido tratamiento con ningún otro biológico previamente (*naïve*) frente a los que sí (*switch*).

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y ambispectivo, de pacientes con AGNC que iniciaron tratamiento con benralizumab. Se registraron datos demográficos, de función pulmonar, comorbilidades, variables clínicas y analíticas, escala de control ACT al inicio y número de agudizaciones e ingresos hospitalarios, en los 12 meses previos y se compararon las variables a los 12 meses de comenzar el tratamiento.

**Resultados:** Se recogieron un total de 73 pacientes (17 varones y 56 mujeres), con edad media de  $58 \pm 12$  años. De estos, 3 eran fumadores activos y 25 exfumadores. En cuanto a las comorbilidades, 30 (41%) presentaban rinitis alérgica, 24 (33%) poliposis, 8 (11%) tríada ASA, 13 (18%) bronquiectasias, 12 (16%) ERGE, 7 (10%) osteoporosis y 24 (33%) ansiedad y/o depresión. Nueve (12%) eran corticodependientes. Veinte pacientes habían sido tratados previamente con mepolizumab, 13 con omalizumab y 1 con reslizumab; 39 pacientes eran *naïve*. Se observó una reducción significativa a los 12 meses del número de agudizaciones en pacientes *naïve* de hasta un 20,80% ( $2,74 \pm 2,11$  vs.  $1,8 \pm 2,23$ ,  $p < 0,003$ ) en comparación con pacientes *Switch*. No se observaron diferencias significativas en pacientes *naïve* frente a los *switch* en función pulmonar (FEV<sub>1</sub>  $2,158,6 \pm 821,7$  vs.  $1,756 \pm 821,99$ ,  $p < 0,31$ ) y ACT ( $12,7 \pm 5,58$  vs.  $17,88 \pm 5,2$ ,  $p < 0,75$ ). No se observaron diferencias significativas a los 12 meses al tratamiento en pacientes con poliposis vs. sin poliposis en cuanto a función pulmonar (FEV<sub>1</sub>  $1,844,3 \pm 851,3$  vs.  $2,236 \pm 912,99$ ,  $p < 0,176$ ), control según escala ACT ( $11,84 \pm 4,3$  vs.  $18,74 \pm 5,12$ ,  $p < 0,027$ ) y número de agudizaciones ( $3,18 \pm 2,5$  vs.  $1,08 \pm 1,9$ ,  $p < 0,257$ ).

**Conclusiones:** En el grupo de pacientes estudiados, el tratamiento con benralizumab proporcionó a los 12 meses, una reducción significativa del número de agudizaciones en pacientes *naïve*. No encontramos diferencias significativas según la existencia o no de poliposis.

## 891. EFECTIVIDAD DE DUPILUMAB EN PACIENTE CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA ASOCIADA A POLIPOSIS NASAL

**Isabel Castillo Rivillas**, Sofía Gutiérrez Hernández, Aureliano Aís Daza, Ángel Carmona González y Aurelio Arnedillo Muñoz

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

**Introducción:** Los tratamientos con fármacos biológicos ofrecen una nueva y prometedora alternativa para el control del asma grave. El objetivo de este estudio fue evaluar la respuesta a los 12 meses de tratamiento con dupilumab en pacientes con asma grave no controlada, con poliposis y sin poliposis, y el comportamiento del mismo en pacientes que no habían recibido tratamiento con ningún otro biológico previamente (*naïve*) frente a los que sí (*switch*).

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y ambispectivo, de pacientes con AGNC que iniciaron tratamiento con dupilumab. Se registraron datos demográficos, de función pulmonar, comorbilidades, variables clínicas y analíticas, escala de control ACT al inicio y número de agudizaciones e ingresos hospitalarios, en los 12 meses previos y se compararon las variables a los 12 meses de comenzar el tratamiento.

**Resultados:** Se recogieron un total de 45 pacientes (10 varones y 35 mujeres), con edad media de  $54 \pm 15$  años. De estos, 1 era fumador activo y 21 exfumadores. En cuanto a las comorbilidades, 29 (64,4%) presentaban rinitis alérgica, 11 (24,4%) poliposis, 5 (11,1%) tríada ASA, 6 (13,3%) bronquiectasias, 8 (17,8%) ERGE, 4 (8,9%) osteoporosis y 8 (17,8%) ansiedad y/o depresión. Quince (33%) eran corticodependientes. Un paciente había sido tratado previamente con mepolizumab, 13 con omalizumab y 8 con benralizumab; 23 pacientes eran *naïve*. Se observó una reducción significativa a los 12 meses del número de agudizaciones en pacientes con poliposis de hasta un 97,6% ( $4,67 \pm 2,74$  vs.  $0,11 \pm 0,33$   $p < 0,003$ ) en comparación con pacientes sin poliposis. No se observaron diferencias significativas en cuanto a función pulmonar ( $FEV_1 2,018,89 \pm 893,32$  vs.  $2,294,44 \pm 897,26$   $p < 0,271$ ) ni control según el ACT ( $11,75 \pm 4,27$  vs.  $20,75 \pm 3,78$   $p < 0,177$ ). Se observó una reducción significativa a los 12 meses del número de agudizaciones en pacientes *naïve* de hasta un 88,3% ( $3,07 \pm 1,59$  vs.  $0,36 \pm 0,63$   $p < 0,042$ ) en comparación con pacientes que habían realizado el *switch*. No se observaron diferencias significativas en cuanto a función pulmonar ( $FEV_1 2,214,4 \pm 902,502$  vs.  $2,435 \pm 969,92$   $p < 0,888$ ) ni control según el ACT ( $11,82 \pm 3,87$  vs.  $15,67 \pm 6,73$   $p < 0,868$ ).

**Conclusiones:** En el grupo de pacientes estudiados se observó una reducción significativa del número de agudizaciones a los 12 meses del tratamiento con dupilumab en pacientes con poliposis o pacientes *naïve*. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a función pulmonar y control del asma.

## 588. EFECTIVIDAD DE DUPILUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA. FACTORES RELACIONADOS CON RESPUESTA BUENA, COMPLETA Y REMISIÓN CLÍNICA

**Antonio León Lloreda**, Belén Muñoz Sánchez, María Luisa Polonio González, David Carlos Echavarría Kashmiri, Juan Francisco Medina Gallardo, Marta Ferrer Galván, María Auxiliadora Romero Falcón y Francisco Javier Álvarez Gutiérrez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

**Introducción:** Dupilumab es un anticuerpo monoclonal anti IL4 e IL13 indicado en pacientes con asma grave no controlada tipo T2. El objetivo de este estudio fue analizar en práctica habitual la efectividad de dupilumab y los factores relacionados con la respuesta buena, completa y remisión clínica.

**Material y métodos:** Estudiamos a todos los pacientes tratados desde el año 2022 con dupilumab en nuestra unidad de asma. Se recogieron parámetros clínicos, funcionales, inflamatorios en la visita basal. Se realizó seguimiento en Visita 1 (V1) a los 4-6 meses y en V2 a los 12 meses. Como parámetros de efectividad se utilizó la escala Exacto y Remisión clínica, según el consenso SEPAR REMAS. Se valoró la respuesta buena + completa y la remisión clínica, en cada revisión, considerando la efectividad tanto en los pacientes que continúan con el tratamiento, como según intención de tratar (se incluyó en el análisis todos los pacientes que fueron tratados en la visita basal y eran evaluables para el análisis de efectividad). Utilizamos el test chi cuadrado y t-Student en análisis cualitativos y cuantitativos (análisis medias) respectivamente.

**Resultados:** Fueron incluidos 70 pacientes, mujeres N = 43 (61,4%), hombres N = 27 (38,6%) de edad media 50,49 (15,3) años, rango de 18 a 85 años. En la tabla se indican los % de respuesta tanto en V1 como en V2 en respuesta según índice exacto y remisión. Las variables relacionadas con la respuesta buena + completa en V1 intención de tratar fueron la rinitis ( $p < 0,03$ ), poliposis nasal ( $p < 0,003$ ), depresión-ansiedad ( $p < 0,033$ ), obesidad ( $p < 0,017$ ), así como el FeNO histórico mayor ( $p < 0,002$ ) y FeNO de visita basal ( $p < 0,003$ ). En V2 los factores relacionados fueron sexo femenino ( $p < 0,034$ ), la poliposis nasal 0,018, manteniéndose FeNO histórico ( $p < 0,016$ ) y FeNO basal ( $p < 0,034$ ), así como FVC en ml. ( $p < 0,013$ ). Para la remisión clínica solo objetivamos como variables relacionadas el FeNO histórico ( $p < 0,009$ ), pero no el FeNO basal. También encontramos con ACT basal (( $p < 0,015$ ) y edad elegible para el tratamiento ( $p < 0,008$ ).

Porcentajes de respuesta a dupilumab en V1 (a los 4-6 meses y V2 (12 meses)		
	V1(4-6 meses)	V2 (12 meses)
Respuesta buena+ completa	39 (56,5%)	24 (55,8%)
Respuesta buena + completa (intención tratar)	39 (57,4%)	24 (50%)
Remisión clínica	-----	10 (23,8%)
Remisión clínica (intención tratar)	-----	10 (21,3%)

**Conclusiones:** Más de la mitad de los pacientes presentaron respuesta buena o completa tras tratamiento con dupilumab, con más del 20% de remisión clínica. Los factores más consistentes relacionados con respuesta buena + completa, fueron el FeNO histórico y Basal, así como la poliposis nasal. Para la remisión clínica, los factores relacionados fueron el FeNO histórico, ACT y la edad de elegibilidad para el tratamiento.

## 627. EFECTIVIDAD DE MEPOLIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA. FACTORES RELACIONADOS CON RESPUESTA BUENA, COMPLETA Y REMISIÓN CLÍNICA

**Belén Muñoz Sánchez**, Antonio León Lloreda, David Carlos Echavarría Kashmiri, María Luisa Polonio González, Juan Francisco Medina Gallardo, María Auxiliadora Romero Falcón, Marta Ferrer Galván y Francisco Javier Álvarez Gutiérrez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

**Introducción:** Mepolizumab es un monoclonal anti-IL5 indicado en pacientes con asma grave no controlada tipo T2 eosinofílica. El objetivo de este estudio fue analizar en práctica habitual la efectividad de mepolizumab y los factores relacionados con respuesta buena, completa y remisión clínica.

**Material y métodos:** Estudiamos a todos los pacientes tratados desde el año 2017 con mepolizumab en nuestra unidad de asma. Se recogieron parámetros clínicos, funcionales, inflamatorios en la visita basal. Se realizó seguimiento en Visita 1 (V1) a los 4-6 meses, V2 a los 12 meses, V3 a los 3 años y V4 a los 5 años. Como parámetros de efectividad se utilizó la escala Exacto y Remisión Clínica, según el consenso SEPAR REMAS. Se midió la respuesta buena + completa y la remisión clínica, en cada revisión, considerando la efectividad tanto en los pacientes que continúan con el tratamiento, como según intención de tratar (incluyendo en el análisis todos los pacientes que fueron tratados en la visita basal y eran evaluables para el análisis de efectividad). Utilizamos test chi cuadrado y t-Student en análisis cualitativos y cuantitativos respectivamente.

**Resultados:** Fueron incluidos 142 pacientes, mujeres N = 85 (59,9%), hombres N = 57 (40,1%) de edad media 54,57 (14) años, rango de 14 a 82 años. En la tabla se indican los% de respuesta en las diferentes revisiones según índice EXACTO y remisión. En el análisis bivariante las variables relacionadas con la respuesta buena + completa en V1 intención de tratar fueron presencia de bronquiectasias ( $p < 0,032$ ), EPOC-Asma ( $p < 0,039$ ), así como valores históricos de eosinófilos ( $p < 0,0001$ ) y en visita basal ( $p < 0,002$ ), niveles de IgE ( $p < 0,026$ ), FENO ( $p < 0,006$ ) y FEV<sub>1</sub> ml ( $p < 0,04$ ). En V2 encontramos diferencia en naïve ( $p < 0,04$ ), y valores históricos de eosinófilos ( $p < 0,006$ ), aunque no los basales, así como valores de FENO ( $p < 0,008$ ) y ACT basal ( $p < 0,04$ ). Para la remisión encontramos solo diferencias para la poliposis ( $p < 0,007$ ) y cerca de la significación para los valores históricos de eosinófilos. En V3 se mantienen los valores históricos y basales de eosinófilos y el FENO. En V4 no se encuentran factores relacionados.

Porcentajes de respuesta a mepolizumab en V1, V2, V3 y V4 según Índice Exacto y Remisión Clínica según el Consenso SEPAR-REMAS

	V1(4-6 meses)	V2 (12 meses)	V3 (3 años)	V4 (5 años)
Respuesta buena + completa	92 (66,2%)	70 (69,3%)	39 (68,4%)	15 (71,4%)
Respuesta buena + completa (intención tratar)	92 (66,7%)	70 (57,4%)	39 (41,5%)	15 (21,7%)
Remisión clínica	--	24 (23,4%)	--	--
Remisión clínica (Intención tratar)	--	24 (19,7%)	--	--

**Conclusiones:** La respuesta buena + completa con mepolizumab es muy elevada en los primeros años de tratamiento. Se consigue la remisión clínica en aproximadamente el 20% de los pacientes. Los factores relacionados con la efectividad son la eosinofilia histórica y basal antes del tratamiento, niveles de FeNO y otros a medio plazo como ACT más elevado y poliposis nasal concomitante.

## 617. EFECTIVIDAD DE TEZEPLEMAB A LOS 6 MESES DE TRATAMIENTO

**Ángel Carmona González**, Aureliano Aís Daza, Isabel Castillo Rivillas, Sofía Gutiérrez Hernández y Aurelio Arnedillo Muñoz

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

**Introducción:** Los tratamientos con fármacos biológicos para el asma grave ofrecen una nueva alternativa para el control de la enfermedad. Uno de los más recientes, el tezepelumab inhibidor de la proteína TSLP, al principio de la cascada inflamatoria. El objetivo de este estudio fue evaluar la respuesta a los 6 meses de tratamiento con tezepelumab en pacientes con asma grave no controlada (AGNC) en seguimiento en consulta de asma.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y ambispectivo, de pacientes con AGNC que iniciaron trata-

miento con tezepelumab. Se registraron datos demográficos, de función pulmonar, comorbilidades, variables clínicas y analíticas, escala de control ACT al inicio y número de agudizaciones e ingresos hospitalarios, en los 6 meses previos y se compararon las variables a los 6 meses de comenzar el tratamiento.

**Resultados:** Se recogieron un total de 7 pacientes (3 varones y 4 mujeres), con una edad media de 61,85 ± 13,66 años. De estos, 5 nunca fumador y 2 exfumadores. Tres pacientes presentaban disnea mMRC 1 y otros 3 mMRC 2. En cuanto a las comorbilidades, 1 paciente presentaba rinitis alérgica, 1 ERGE, 4 con pruebas alérgicas positivas, 1 osteoporosis, 2 AOS y 1 corticodependiente. Uno de ellos no había sido tratado con biológico previo y 6 si: uno con mepolizumab, 1 omalizumab y 4 dupilumab, realizando por tanto el "switch" la mayoría de los mismos por falta de respuesta. Se observó una mejoría significativa a los 6 meses en el FEV<sub>1</sub> (1.543 ± 821 ml vs. 1.618 ± 789 ml,  $p < 0,006$ ), una reducción del número de agudizaciones de hasta un 82,08% (2,14 ± 0,9 vs. 0,43 ± 0,54,  $p < 0,001$ ) un aumento del control según escala ACT (10,57 ± 2,7 vs. 14,29 ± 6,1,  $p < 0,0001$ ). En cambio, se observó un aumento en la cifra de eosinófilos en sangre periférica (118,57 ± 53,98 vs. 121,43 ± 54,60,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** En el grupo de pacientes estudiados, el tratamiento con tezepelumab proporcionó a los 6 meses, una reducción del número de agudizaciones, así como mejoría de la función pulmonar y un mejor control de los síntomas según escala ACT. Se observó un aumento significativo del número de eosinófilos en sangre periférica, sin apreciar cambios en cifras de IgE significativas.

## 936. EFECTIVIDAD DE TEZEPLEMAB EN EL ASMA GRAVE NO CONTROLADA. ADVANCAT (ADVANCING SEVERE ASTHMA CARE WITH TEZEPLEMAB IN CATALONIA)

**Ebymar Arismendi Núñez**<sup>1</sup>, María Basagaña Torrente<sup>2</sup>, Astrid Crespo Lessmann<sup>3</sup>, Olga Luengo Sánchez<sup>4</sup>, Carlos Martínez Rivera<sup>5</sup>, Mariana Muñoz Esquerre<sup>6</sup>, Iñigo Ojanguren Arranz<sup>7</sup>, Marina Paredes López<sup>8</sup>, Héctor Enrique Cedillo Huerta<sup>9</sup>, María Florencia Pilia<sup>1</sup> y Xavier Muñoz Gall<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, CIBERES, Hospital Clínic de Barcelona, España. <sup>2</sup>Servicio de Alergología, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España. <sup>3</sup>Servicio de Neumología, Hospital de Sant Pau, Barcelona, España. <sup>4</sup>Servicio de Alergología, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España. <sup>5</sup>Servicio de Neumología, Hospital Germans Trias i Pujol, Barcelona, España. <sup>6</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España. <sup>7</sup>Servicio de Neumología, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España. <sup>8</sup>Servicio de Neumología, Hospital Clínic de Barcelona, España. <sup>9</sup>Hospital Clínic de Barcelona, España.

**Introducción:** Tezepelumab, un anticuerpo monoclonal dirigido contra la linfopoyetina estromal tímica (TSLP), ha demostrado eficacia en ensayos clínicos al reducir exacerbaciones y mejorar el control del asma grave. Este registro multicéntrico busca evaluar su efectividad en vida real.

**Objetivos:** Determinar la efectividad de tezepelumab en pacientes con asma grave no controlada, evaluando tanto variables clínicas convencionales como parámetros innovadores.

**Material y métodos:** Registro multicéntrico que incluye pacientes tratados con tezepelumab en 5 hospitales universitarios de Cataluña. Se recogen datos de exacerbaciones, función pulmonar, calidad de vida con miniAQLQ y control de síntomas de asma (ACT). Además, se pretenden evaluar los hallazgos en la TAC torácica y determinar biomarcadores séricos y en esputo antes y después del tratamiento. Hasta el momento, 26 pacientes han completado un seguimiento de 3 meses, mientras que un subgrupo más pequeño (n, 10) ha alcanzado los 6 meses.

**Resultados:** De los primeros 41 pacientes incluidos (edad media  $56 \pm 6$  años; 83% mujeres), el 37% presentaban fenotipo no T2 y 21 pacientes habían fracasado a tratamiento biológico previo. En total, 26 pacientes han completado el seguimiento a 3 meses, mostrando una mejoría clínica precoz. Se observó una reducción significativa en las tasas de exacerbaciones (de 3,1 a 0,8;  $p < 0,05$ ), junto con una mejora promedio de la FVC, basal de  $83 \pm 19\%$  a  $92 \pm 19\%$  ( $p < 0,05$ ). Las puntuaciones del miniAQLQ y del ACT indicaron mejoras significativas, de  $4,7 \pm 1,2$  a  $5,4 \pm 1,3$  ( $p < 0,05$ ) y de  $13 \pm 4$  a  $19 \pm 4$  ( $p < 0,001$ ) puntos, respectivamente. A los 6 meses postratamiento se mantienen estas mejorías significativas. Los datos relacionados con biomarcadores, tapones de moco y pruebas de hiperreactividad con manitol serán analizados en evaluaciones posteriores. El tratamiento ha sido bien tolerado, sin eventos adversos moderados ni graves reportados hasta el momento.

**Conclusiones:** Los resultados iniciales de este estudio multicéntrico catalán sugieren que tezepelumab proporciona una mejora clínica rápida y sostenida en pacientes con asma grave independientemente del fenotipo. Este registro de asma grave en vida real permitirá profundizar en el impacto de tezepelumab a largo plazo, no solo en las variables clínicas convencionales, sino también en biomarcadores novedosos como la imagenología.

### 63. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON MEPOLIZUMAB Y RESLIZUMAB EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA GRAVE NO CONTROLADOS SEGÚN EL PESO CORPORAL

**Miguel Ángel Sánchez de Toro**, Alberto Varas Pérez y Yolanda Domínguez Rivas

Hospital Serranía de Ronda, España.

**Introducción:** El asma grave no controlado (AGNC) representa un desafío en el manejo clínico debido a la frecuencia de exacerbaciones y la necesidad de tratamientos intensivos. Entre las opciones terapéuticas disponibles, los anticuerpos monoclonales dirigidos contra la interleucina-5 (anti-IL5), como mepolizumab y reslizumab, pero estos fármacos difieren en su dosificación. Existe incertidumbre sobre si la dosificación fija de mepolizumab podría llevar a infradosificación en pacientes con mayor peso corporal, lo que potencialmente

afectaría la efectividad del tratamiento y el control del asma. En este contexto, el ajuste de dosis de reslizumab según el peso podría ofrecer una ventaja clínica, especialmente en pacientes con mayor peso, al proporcionar una dosificación personalizada y posiblemente más efectiva.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes diagnosticados con asma grave no controlado (AGNC) que recibieron tratamiento con mepolizumab y reslizumab. La variable principal del estudio fue la efectividad del tratamiento, evaluada a través de la aparición de exacerbaciones, según peso. Los datos demográficos, clínicos y analíticos se obtuvieron de la historia clínica electrónica Diraya® y la información relacionada con el tratamiento y la dosis administrada se recopiló mediante la receta electrónica (PRISMA®).

**Resultados:** 128 pacientes habían sido tratados con fármacos anti-IL5, 76 pacientes con mepolizumab (59,4%) y 52 pacientes con reslizumab (40,6%). En el subgrupo de pacientes con un peso  $\leq 80$  kg, el 62,5% de los tratados con mepolizumab (20/32) necesitó CS, frente al 50% (24/48) en el grupo de reslizumab (OR = 1,67; IC95%: 0,27-10,33;  $p = 0,58$ ). En el grupo de pacientes con  $> 80$  Kg, el 42,8% de los pacientes tratados con mepolizumab (12/28) recibieron tratamiento con CS y ninguno en el grupo de reslizumab (0/4).

**Conclusiones:** 1. Los pacientes con dosis fijas, tratados con mepolizumab, sufren más exacerbaciones y, por tanto, requieren más uso de corticosteroides sistémicos independientemente del peso corporal. 2. La dosificación de reslizumab basada en el peso podría ser beneficiosa en términos de eficacia. 3. Los pacientes  $> 80$  kg parecen beneficiarse de la dosis de reslizumab en nuestra muestra.

### 277. EFECTO DE DUPILUMAB EN LA RESISTENCIA AL ESFUERZO EN PACIENTES CON ASMA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROL

**Helio Bona Andrade**, Anna Rodo Pin, Ángela García Sanz, Mireia Admetlló Papiol, Antonio Sancho Muñoz, Cinta Cumpli Gargallo, Diego Rodríguez Chiaradia, Juana Martínez Llorens y Pilar Ausín Herrero

Servicio de Neumología. Hospital del Mar, Barcelona, España.

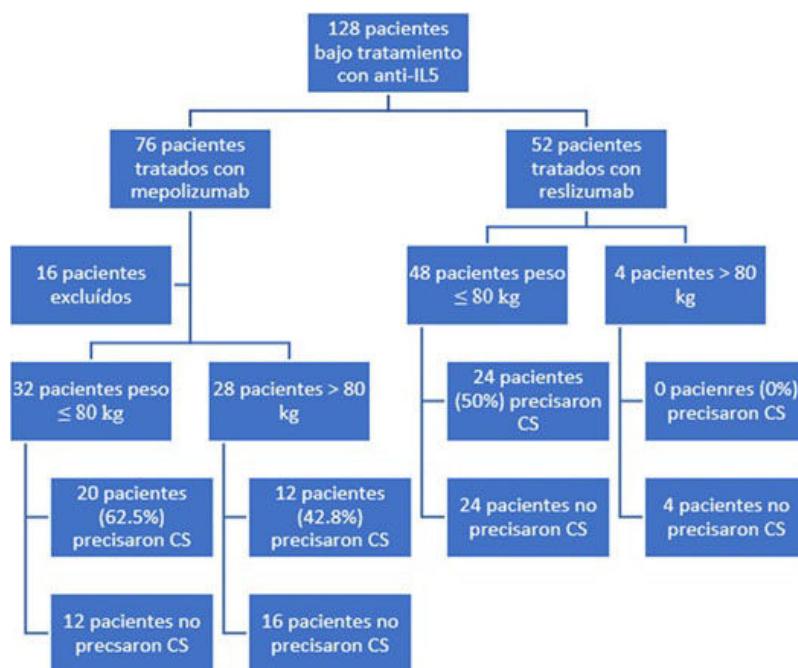


Figura 1. Comunicación 63.

**Introducción:** Frecuentemente los pacientes con asma grave (AG) refieren, como síntoma más importante, la menor tolerancia al ejercicio en las actividades cotidianas. La obstrucción al flujo aéreo, menor capacidad ventilatoria, hiperinsuflación dinámica, mayor percepción de disnea o factores psicológicos pueden contribuir a este hecho. Dupilumab es un anticuerpo monoclonal indicado para el asma grave no controlada con fenotipo alérgico y eosinofílico, eficaz en reducción de exacerbaciones, mejoría en capacidad funcional y calidad de vida. El objetivo de este estudio es evaluar el efecto de dupilumab en la capacidad de esfuerzo de pacientes con AG midiendo el tiempo de resistencia en la prueba cardiopulmonar de resistencia a carga constante (*endurance time*).

**Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con asma bronquial grave.**

Mujeres	9 (64,3%)
Edad (años)	51,0±13,3
IMC kg/m <sup>2</sup>	25,2±5,6
Hábito tabáquico	
Nunca	10 (71,4%)
Exfumador	4 (28,6%)
Tratamiento:	
ICS+LABA a dosis altas	14 (100%)
LAMA	2 (14,3%)
Corticoides orales	
Fenotipo	
Alérgico	5 (35,7%)
Eosinofílico	6 (42,8%)
EREA	3 (21,4%)
Patología nasal:	
Pólipos nasales	8 (57,1%)
Rinitis	5 (35,7%)

Abreviaturas: IMC: Índice de masa corporal; ICS: corticoides inhalados; LABA: I2 adrenérgicos de larga duración; LAMA: anticolinérgicos de larga duración; EREA: Enfermedad respiratoria exacerbada por la aspirina.

**Tabla 2. Parámetros clínicos y de función pulmonar de los pacientes con asma bronquial grave antes y después del tratamiento.**

	Inicial	Post Final	p
ACT	13,4±3,5	21,1±2,6	<0,0001
FeNO (ppb)	81,0±55,5	24,1±11,9	0,0017
FEV <sub>1</sub> (%ref.)	67,9±17,4	78,7±17,2	0,0006
FVC (%ref.)	91,7±17,1	100,2±12,0	0,0002
Tiempo resistencia (seg)	239±45	440±101	<0,0001
VO <sub>2</sub> máx (L/min)	16,6±3,7	18,2±4,0	0,04
VO <sub>2</sub> máx/FCmáx (ml/latido/min)	8,2±2,1	8,8±2,8	ns
VEmáx (L/min)	48,8±9,2	51,8±10,2	p=0,052
FCmáx (lpm)	136,1±16,7	139,5±18,2	ns
Escala Borg modificada Piernas	6,2±2,1	5,7±2,8	ns
Escala Borg modificada Piernas	6,2±1,9	5,0±2,6	ns

Abreviaturas: FeNO: Fracción exhalada de Óxido Nitrico; ppb: partes por billón. FEV<sub>1</sub>: volumen forzado espirado en el primer segundo; ref.: valores de referencia; FVC: capacidad vital forzada; seg: segundos; VO<sub>2</sub>máx: consumo de oxígeno; L/min: litros minuto; FCmáx: frecuencia cardíaca máxima; VEmáx: ventilación minuto; lpm: latido por minuto; ns: no significativo.

**Material y métodos:** Estudio clínico prospectivo y observacional. Se incluyeron a pacientes mayores de 18 años con asma grave T2 de difícil control con indicación de iniciar tratamiento biológico con dupilumab. Se recogieron características clínicas, de función pulmonar y tratamiento. Previo al inicio de dupilumab se realizó una prueba de esfuerzo incremental para valorar la capacidad máxima del paciente, seguida de una prueba de esfuerzo de carga constante ajusta-

tada al 75% de la capacidad total del paciente (75% WRmax). A los 6 meses del tratamiento se repitió la prueba de esfuerzo a carga constante y se comparó el tiempo de resistencia entre ambas.

**Resultados:** Las características clínicas de la población se recogen en la tabla 1. Se incluyeron 14 pacientes. A los 6 meses de inicio de dupilumab se observó mejor control del asma (ACT), mejoría funcional (FEV<sub>1</sub>) y una importante mejoría en el tiempo de resistencia. Los parámetros clínicos y funcionales antes y después del tratamiento se recogen en la tabla 2. En 5 pacientes se detectó hiperinsuflación pulmonar dinámica antes del tratamiento y solo en 1 tras el tratamiento, aunque se había reducido de 630 a 230 ml.

**Conclusiones:** Los pacientes tratados con dupilumab presentaron, además de una importante mejoría en el control clínico y funcional, una mayor resistencia al esfuerzo, probablemente de causa multifactorial.

## 908. EFECTO DE LAS INTRUSIONES DE POLVO SAHARIANO SOBRE LA DIVERSIDAD DEL MICROBIOMA FÚNGICO (MICROBIOMA) OROFARÍNGEO EN PACIENTES ASMÁTICOS

**Ainhoa Escuela Escobar**<sup>1</sup>, Javier Pérez García<sup>1</sup>, José María Hernández Pérez<sup>2</sup>, Ruperto González Pérez<sup>3</sup>, Paloma Poza Guedes<sup>3</sup>, Inmaculada Sánchez Machín<sup>3</sup>, Elena Mederos Luis<sup>3</sup>, Fabián Lorenzo Díaz<sup>1</sup>, José Antonio Pérez Pérez<sup>1</sup> y Mario Andrés González Carracedo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna, España.

<sup>2</sup>Hospital Universitario N.S. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España.

**Introducción:** Las Islas Canarias están continuamente expuestas a intrusiones de polvo sahariano en suspensión (calima), y presentan la mayor prevalencia de asma a nivel nacional (18%). La calima transporta minerales y compuestos biológicos que acceden al organismo a través de las vías respiratorias, afectando a la salud de la población. En este trabajo se ha estudiado el efecto de la calima sobre la riqueza y diversidad del microbioma en pacientes asmáticos canarios.

**Material y métodos:** Se purificó ADN a partir de muestras de saliva y exudado faríngeo de 211 pacientes asmáticos (cohorte GEMAS), distribuidos en casos (n = 112) y controles (n = 99) según su exposición a la calima en los diez días previos al muestreo (Red de Control y Vigilancia de la Calidad del Aire de Canarias). Se secuenció la región ITS1 del genoma fúngico (Illumina MiSeq). El análisis, control de calidad y agrupamiento de las secuencias (Amplicon Sequence Variants; ASVs) fue realizado con QIIME2, ITSxpress y DADA2. Los ASVs fueron alineados frente a la base de datos UNITE v.9.0. Se realizaron modelos de regresión lineal y PERMANOVA para evaluar las diferencias en la riqueza y diversidad del microbioma. Las diferencias en abundancia relativas a nivel de género fueron identificadas con un FDR < 5%.

**Resultados:** El grupo de individuos expuestos a calima mostró mayor riqueza y diversidad fúngica que el grupo control, tanto en la saliva (p < 0,03) como en la faringe (p < 0,03). La diversidad beta únicamente fue diferente en la saliva (p = 0,04), revelando que la exposición a calima es responsable del 8,2% de la variación interindividual del microbioma. El microbioma está compuesto principalmente por un total de 18 y 6 géneros fúngicos en la saliva y faringe, respectivamente. Al comparar ambos grupos, la abundancia relativa de los géneros *Candida*, *Rhodotorula* y *Wallemia* fue diferente en la saliva (p < 7,51 × 10<sup>-3</sup>), y la del género *Saccharomyces* en las muestras de exudado faríngeo (p = 3,01 × 10<sup>-17</sup>).

**Conclusiones:** La riqueza y diversidad del microbioma en la saliva y faringe de los pacientes asmáticos canarios está modulada por la exposición a eventos de calima. Dicha exposición causa una reducción en la abundancia relativa de los géneros *Candida* y *Saccharomyces*, y un aumento de los géneros *Rhodotorula* y *Wallemia*. El estudio del microbioma podría aportar biomarcadores para monito-

rizar el efecto de la calima sobre la salud respiratoria, y representa un área de investigación emergente para avanzar en la comprensión de los mecanismos fisiopatológicos del asma.

## 956. EFECTOS DIFERENCIALES EN LA MUJER CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA DEL TRATAMIENTO CON DUPILUMAB

**M Auxiliadora Romero Falcón**, Antonio León Lloreda, Belén Muñoz Sánchez, María Luisa Polonio González, David Carlos Echevarría Kashmiri, Juan Francisco Medina Gallardo, Marta Ferrer Galván y Francisco Javier Álvarez Gutiérrez

Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

**Introducción:** Recientemente se han significado las diferencias fisiopatológicas en el asma y respuestas al tratamiento con monoclonales que pueden darse en la mujer en relación al hombre. El objetivo de este estudio fue analizar en práctica habitual la efectividad de dupilumab tras 12 meses de seguimiento y los factores relacionados en la mujer.

**Material y métodos:** Estudiamos a todos los pacientes tratados desde el año 2022 con dupilumab en nuestra unidad de asma. Se recogieron parámetros clínicos, funcionales, inflamatorios en la visita basal. Se estudió la diferencia entre hombres y mujeres en los parámetros estudiados y las diferencias en efectividad del tratamiento tras 12 meses de seguimiento. Como parámetros de efectividad se utilizó la escala Exacto y Remisión clínica, según el consenso SEPAR REMAS. Se valoró la respuesta buena + completa y la remisión clínica, considerando la efectividad según intención de tratar (se incluyó en el análisis todos los pacientes que fueron tratados en la visita basal y eran evaluables para el análisis de efectividad). Utilizamos el test chi cuadrado y t-Student en análisis cualitativos y cuantitativos (análisis medias) respectivamente.

**Resultados:** Fueron incluidos 70 pacientes, mujeres N = 43 (61,4%), hombres N = 27 (38,6%) de edad media 50,49 (15,3) años, rango de 18 a 85 años. Entre los parámetros clínicos encontramos diferencias significativas en la frecuencia de poliposis nasal asociada al asma (mujer 16,2%, hombres 37%, p < 0,05), EPOC (mujer 6,9%, hombres 25,9%, p < 0,04), tratamiento naïve con dupilumab (hombre 59,2%, mu-

jer 27,9%, p < 0,01). El cambio más frecuente en la mujer fue de mepolizumab a dupilumab en 22 casos (51% del total). Así mismo encontramos diferencias en FEV<sub>1</sub>/FVC (mujer 70,3, hombres 62,5, p < 0,02), y al borde de significación en valores basales de FENO (mujer 78,2 ppb, hombres 99,4 ppb, p < 0,057). En los datos de efectividad al año hubo diferencias significativas en respuesta buena + completa (mujer 38,7%, hombres 70,5%, p < 0,04), aunque no en la remisión clínica.

**Conclusiones:** Encontramos diferencias entre hombres y mujeres en pacientes tratados con dupilumab en parámetros clínicos y funcionales. La efectividad a 12 meses es en cuanto a respuesta buena + completa es inferior en mujeres de forma significativa, posiblemente condicionada por una menor frecuencia de poliposis concomitante, y no ser tratamiento de primera línea, por lo que es posible se trate de pacientes más complejas y mayor frecuencia de fracaso de tratamiento con monoclonales previamente.

## 405. EFICACIA DE DUPILUMAB EN ASMA GRAVE NO CONTROLADO: UN ESTUDIO EN VIDA REAL EN EL NORTE DE ESPAÑA

**Antía Ferreiro Posse<sup>1</sup>, Beatriz Abascal<sup>2</sup>, Marina Blanco Aparicio<sup>3</sup>, Nagore Blanco Cid<sup>4</sup>, David Dacal Rivas<sup>4</sup>, Adriana Lama<sup>1</sup>, Aizea Mardones<sup>5</sup>, Nuria Marina<sup>6</sup>, Abel Pallarés<sup>7</sup>, Silvia Pascual<sup>8</sup>, Luis Pérez de Llano<sup>4</sup>, Raquel Ruiz Ferreras<sup>9</sup>, Isabel Urrutia Landa<sup>8</sup> y Francisco Javier González Barcal<sup>10</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, España. <sup>2</sup>Servicio de Neumología, Hospital Marqués de Valdecilla, Santander, España. <sup>3</sup>Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de A Coruña, España. <sup>4</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario Lucas Augusti, Lugo, España. <sup>5</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España. <sup>6</sup>Servicio de Neumología Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, España. <sup>7</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Ourense, España. <sup>8</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Galdakao, España. <sup>9</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Ferrol, España. <sup>10</sup>Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; Unidad de Investigación Traslacional en Enfermedades de Vía Aérea, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (FIDIS); Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBER-ES), Madrid, Santiago de Compostela, España.

Características basales de los pacientes		
Edad en años, media (DE)		54 (12)
Pacientes		
Varones, n (%)	12 (28.6)	
Mujeres, n (%)	30 (71.4)	
Índice de masa corporal, Kg/m <sup>2</sup>		
Obesidad, n (%)	19 (45.2)	
Sobrepeso, n (%)	12 (28.6)	
Normopeso, n (%)	11 (26.2)	
Edad al diagnóstico del asma		
<18 años, n (%)	13 (31%)	
≥18 años, n (%)	29 (69%)	
FeNO, ppb, media (DE)		
Recuento eosinófilos en sangre (pico histórico), media (DE), células/µL	1141 (2359)	
Recuento eosinófilos en sangre (antes de dupilumab), media (DE), células/µL	292 (258)	
Alergia, n (%)		
No, n (%)	19 (45.2)	
Si, n (%)	23 (54.8)	
Fumadores		
Nunca, n (%)	20 (47.6)	
Ex fumadores, n (%)	20 (47.6)	
Fumadores activos, n (%)	2 (4.8)	
Tratamiento previo con otro monoclonal para asma		
No, n (%)	21 (50)	
Si, n (%)	21 (50)	

DE: desviación estándar; n: número de pacientes; ppb: partes por mil millones; µL: microlitro

Tabla 1. Comunicación 405.

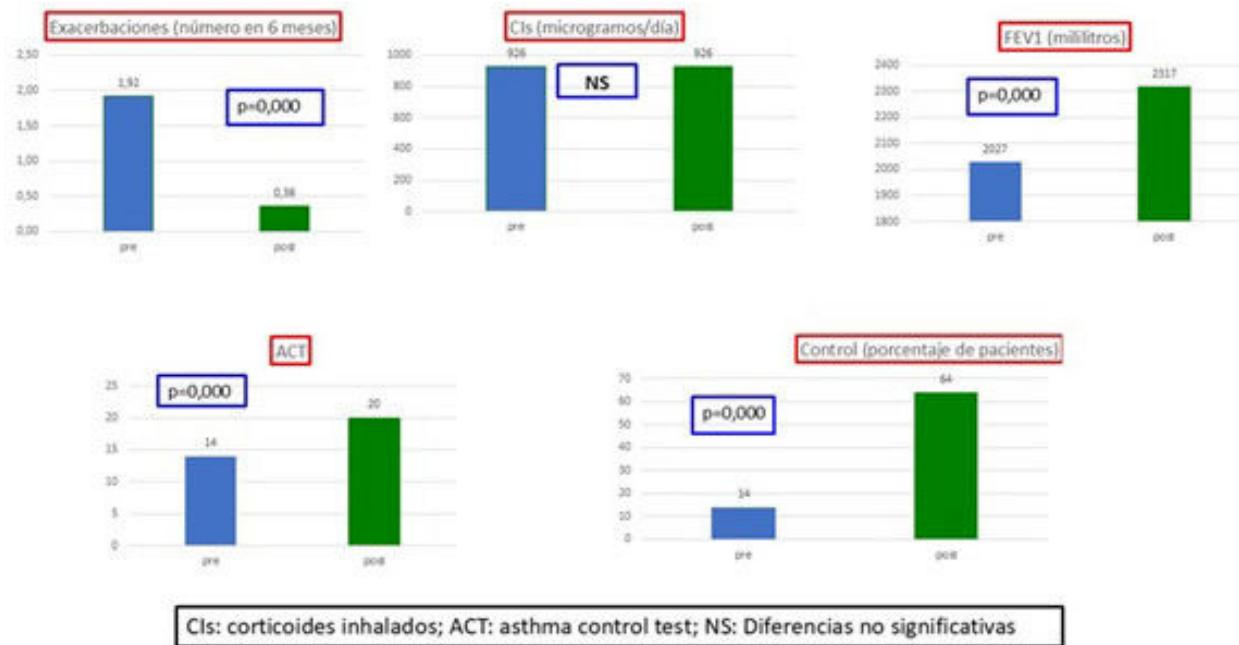


Figura 1. Comunicación 405.

**Introducción:** La eficacia de dupilumab en asma grave no controlada (AGNC) ha sido claramente demostrada en ensayos clínicos (EC). Los estudios en vida real son necesarios para entender mejor la eficacia de cualquier tratamiento administrado, ya que los pacientes incluidos en los EC no son representativos de la población global. El objetivo del presente trabajo fue analizar la eficacia de dupilumab en pacientes con AGNC en condiciones de práctica clínica habitual.

**Material y métodos:** Hemos realizado un estudio multicéntrico (9 hospitales), retrospectivo, incluyendo todos los pacientes adultos con AGNC en los cuales se inició tratamiento con dupilumab que han recibido al menos una dosis del fármaco, con un seguimiento de 6 meses. Hemos analizado el control del asma con el Asthma Control Test (ACT), número de exacerbaciones, dosis de corticoides inhalados (CIs) y función pulmonar (FEV<sub>1</sub>).

**Resultados:** Hemos incluido 42 pacientes, 71% mujeres, edad media 55 años (tabla). Se alcanzó el control del asma en el 64% de los pacientes, se redujo significativamente el número de exacerbaciones y aumentó significativamente el FEV<sub>1</sub> y el ACT. La dosis de CIs no cambió (fig.).

**Conclusiones:** A los 6 meses de seguimiento, dupilumab es eficaz en práctica clínica habitual.

## 124. EFICACIA DE TEZEPLEMAB EN EL ASMA GRAVE NO CONTROLADO: REMISIÓN CLÍNICA BAJO TRATAMIENTO

Anastasiya Torba Kordyukova<sup>1</sup>, Eusebi Chiner Vives<sup>1</sup>, Ignacio Boira Enrique<sup>1</sup>, Olga Lorenzo Aguilar<sup>2</sup>, M. Ángeles Bernabéu Martínez<sup>1</sup>, Carmen Castelló Faus<sup>1</sup>, Anays Martínez Gómez<sup>1</sup>, Yusleimy Chacin Marcano<sup>1</sup>, Paula Fernández Martínez<sup>1</sup>, Esther Pastor Espla<sup>1</sup> y José Norberto Sancho Chust<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant, Alicante, España.

<sup>2</sup>Universidad Miguel Hernández, Alicante, España.

**Introducción:** Tezepelumab se ha mostrado efectivo en el tratamiento del asma grave no controlado (AGNC) pero aún existe escasa evidencia en vida real.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes con AGNC que iniciaron terapia con tezepelumab. Se analizó función pulmonar, eosinofilia, IgE, comorbilidad y cambios en cuestionarios ACT, ACQ, escala analógica visual (VAS), AQLQ, ciclos, disminución, retirada de esteroides (EO) y de otra medicación, exacerbaciones graves (ingresos + urgencias) respecto al año anterior. Se empleó la escala FEOS y EXACTO para evaluar respuesta.

**Resultados:** Se analizaron 18 pacientes, 16 mujeres (89%) y 2 hombres (11%), 57 ± 13 años, FEV<sub>1</sub> % 68 ± 22%, IMC 26 ± 5 kg/m<sup>2</sup>, seguimiento 10 ± 3 meses, IgE 118 ± 241 UI/mL (8-1047), 367 ± 236 eosinófilos. Habían seguido omalizumab 5 (28%), benralizumab 3 (17%), mepolizumab 1 (6%) y 9 (50%) fue primer tratamiento. El fenotipo fue neutrofílico en 6 (33%), eosinofílico no alérgico en 8 (45%) y alérgico en 4 (22%). Presentaban comorbilidad 77%, con una o más: rinitis 83%, obesidad 28%, anosmia/hiposmia 50%, poliposis nasal 17%, dermatitis atópica 17%, AOS 17%, bronquiectasias 11%, EREA 6%. Como medicación recibían uno o más: dosis altas de ICS/LABA/LAMA 100%, montelukast 83%, antihistamínicos 22%, xantinas 22%, EO en 44%. Habían ingresado en el último año 61%, 100% había acudido a urgencias, 100% recibieron ciclos de esteroides orales, con 7 ± 4 exacerbaciones graves/año. Comparando basal y tras tratamiento, se observaron diferencias en VAS (8 ± 1 vs. 2,5 ± 1, p < 0,001), ACT (13 ± 2 vs. 22 ± 1, p < 0,001) y ACQ (3,4 ± 0,5 vs. 1,1 ± 0,4, p < 0,001), AQLQ (2,4 ± 0,27 vs. 5,6 ± 0,24, p < 0,001), eosinófilos (367 ± 236 vs. 82 ± 71, p < 0,001), FEV<sub>1</sub> % (68 ± 23 vs. 80 ± 30, p = 0,06), con una diferencia media en FEV<sub>1</sub> de 218 ± 173 ml. Se redujeron las exacerbaciones graves (7 ± 4 vs. 0,31 ± 0,6, p < 0,001), visitas a urgencias (5 ± 3 vs. 0,2 ± 0,5, p < 0,001), ingresos (2 ± 2 vs. 0,1 ± 0,3, p < 0,001) y ciclos de EO (6 ± 3 vs. 0,2 ± 0,4, p < 0,001). De los 8 pacientes con EO se retiraron en 7 y se redujeron en 1. La medicación de mantenimiento y rescate se redujo significativamente (p < 0,001). La puntuación media de FEOS fue 79 ± 8. De acuerdo con la escala EXACTO, alcanzaron respuesta completa/superrespuesta 10 pacientes (56%), buena en 8 (44%).

**Conclusiones:** Tezepelumab mejoró el control del asma y la función pulmonar en pacientes con AGNC con fenotipo T2 y noT2, disminuyendo la necesidad de esteroides orales, medicación de mantenimiento y rescate, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios, alcanzando criterios de remisión clínica el 56%.

## 98. EFICACIA DE UN CIRCUITO RÁPIDO COMO MODELO ASISTENCIAL EN PACIENTES CON ASMA

**Erick Monclou Garzón**, Julia Tarrasó Castillo, Heidi Mora Bastida y Jaime Signes - Costa Miñana

Hospital Clínico Universitario de Valencia, España.

**Introducción:** El asma es una enfermedad respiratoria muy prevalente que supone un elevado gasto sanitario. Para facilitar su abordaje, se ha creado una consulta de alta resolución (CAR) denominada "Círculo Rápido de Asma" en la que se valora a los pacientes con agudización reciente de asma o sospecha de asma, en un periodo menor a cuatro semanas tras la agudización, con el fin de hacer una intervención apropiada. El objetivo del estudio es evaluar la eficacia asistencial de la CAR.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes que acudieron a la CAR durante 12 meses (2022). El día de la visita, si situación de estabilidad, se les realizó espirometría y FENO y se valoraron datos clínicos y analíticos. Para el análisis estadístico, se realizó una descripción de las variables categóricas (frecuencias) y continuas (medias y DS) y se compararon las variables clínicas más relevantes (agudizaciones, uso de corticoides, ACT) entre los 12 meses previos y posteriores a la intervención. Para ello se utilizaron test paramétricos en SPSS (t Student pareado y  $\chi^2$  cuadrado) con una significación estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Las características descriptivas se recogen en la tabla. En la primera visita se instauró tratamiento escalonado según situación clínica (GEMA 2 - 5,8%; GEMA 3 - 19,9%; GEMA 4 - 22,5%; GEMA 5 - 44,9%; GEMA 6 - 1,7%). Tras la valoración, el 14,6% fueron derivados para seguimiento en atención primaria por bajo grado de complejidad, el 15,2% a la consulta de Neumología General y el 66% continuaron el seguimiento en la consulta de Unidad de asma. El 3,9% perdieron seguimiento. De los 178 pacientes atendidos, 25 (14%) tenían diagnóstico previo confirmado y el asma fue descartado en otros 20. La intervención del CAR contribuyó a la confirmación del diagnóstico en el 50,3% (67/133) de los casos (TBD+ 42%, FENO 54%, metacolina 4%). Durante los 12 meses posteriores, el 8,4% (15/178) de los pacientes precisó tratamiento biológico. Un año después de la intervención se redujo la tasa anual de agudizaciones (de 2,32 a 0,73;  $p < 0,001$ ), la tasa media de ciclos de corticoides (de 2,05 a 0,51;  $p < 0,001$ ) y mejoró el ACT medio (14,29 a 20,37;  $p < 0,059$ ) (fig.).

**Conclusiones:** El manejo de los pacientes con asma mediante una CAR parece una estrategia asistencial eficaz para identificar y ofrecer un tratamiento apropiado de manera precoz a los pacientes con asma, lo que resulta relevante, reduciendo el impacto que genera la enfermedad en la población y el sistema de salud.

Características basales de la cohorte	
N.º pacientes atendidos	178
Mujeres	104 (58,4%)
Edad media	47,5 (16,2)
IMC	26,4 (6,5)
Nunca fumadores	110 (61,8%)
Servicios de procedencia	Primaria: 138 (77,5%) Urgencias: 10 (5,6%) Neumología General: 21 (12,3%) Alta sala Neumología: 2 (1,1%) Otros servicios: 7 (3,9%)
Eosinófilos en sangre	344,8 (310,3)
Histórico eosinófilos > 300	94 (53%)
IgE	247,5 (347,6)
FEV <sub>1</sub> (litros)	2,85 (0,89)
FEV <sub>1</sub> %	93,3 (20,2)
IT	76,5 (10,9)
IT < 70%	42 (23,6%)
FeNO > 40 ppb	57 (32%)
FeNO	49 (55)
Historia previa asma	103 (57,8%)
Asma previa confirmada	25 (14%) (19 por TBD)
> 2 ciclos de corticoides sistémicos	85 (48%)
Tasa ciclos de c. sistémicos	2,05 (1,49)
Tasa anual de agudizaciones	2,32 (1,9)
ACT	14,7 (5,1)

## 75. EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON MEPOLIZUMAB EN PACIENTES CON GEPA EN SEGUIMIENTO EN CONSULTA DE ASMA

**Laura Castellanos López**, Mateo Hevia Menéndez, Carolina Cisneros Serraneo, Celeste Marcos X, Ana Arcos García, Adrián Peláez Laderas, Guillermo Ansede Bordobana, Ángel Luis Martín Fito, Alberto Amorós Forner, Isabel Calonge García y Carlos Melero Moreno.

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

**Introducción:** La GEPA es una enfermedad rara y sistémica caracterizada por asma, afectación a nivel ORL, eosinofilia y manifestaciones de vasculitis sistémica de pequeño y mediano vaso. Los corticoides sistémicos son el principal tratamiento para prevenir recaídas. Además, otros fármacos inmunosupresores se suelen prescribir como ahorradores de corticoides, prevenir la toxicidad de estos y alcanzar la remisión de la enfermedad. Recientemente, el MPZ ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la GEPA. Los neumólogos habitualmente tratan pacientes en la fase eosinofílica, antes de que el daño sistémico vasculítico sea evidente. Nuestro

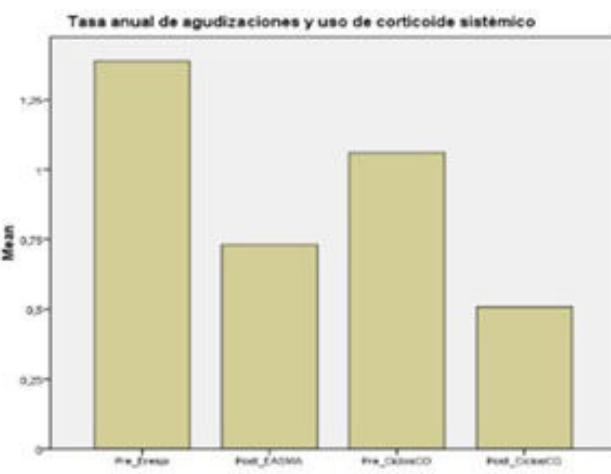
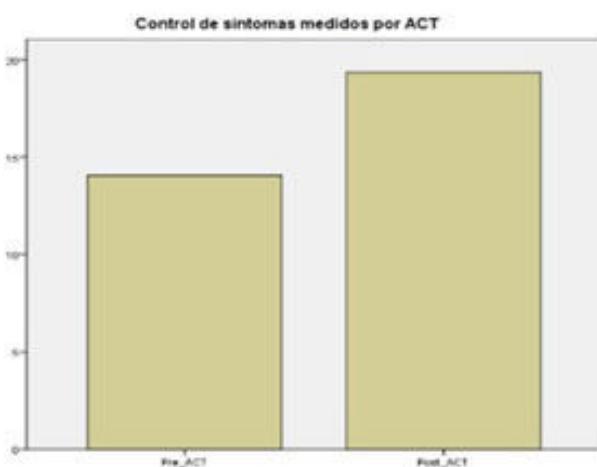


Figura 1. Comunicación 98.

objetivo es evaluar la actividad de la enfermedad en pacientes con GEPA tratados con MPZ.

Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con GEPA al diagnóstico y comparado respecto a antes y 1 año después del inicio del tratamiento con MPZ

	Diagnóstico de GEPA (N = 13)	Antes del inicio de MPZ (n = 13)	1 año tras tto con MPZ (n = 13)	p
Sexo [masculino]	9 (69,2%)	--	--	--
Edad	53,3 (± 15,7)	56,5 (± 15,9)	60 (± 15,3)	--
Síntomas de GEPA				
General	8 (61,5%)	2 (15,4%)	0 (0,0%)	0,480
Cutáneo	1 (7,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,000
Ojos	1 (7,7%)	0 (0,0%)	1 (7,7%)	1,000
ORL	13 (100%)	11 (84,6%)	9 (69,2%)	0,352
Tóraco	12 (92,3%)	10 (76,9%)	4 (30,8%)	0,018
Asma	13 (100%)	13 (100%)	13 (100%)	1,000
Cardiovascular	2 (15,4%)	1 (7,7%)	0 (0,0%)	1,000
BVAS puntuación	9,1 (± 5,7)	5,7 (± 5,2)	1,4 (± 1,5)	< 0,001
Mejoría de síntomas	--	0 (0,0%)	13 (100%)	< 0,001
Pruebas de laboratorio				
Valor absoluto de eosinófilos en sangre (/mm <sup>3</sup> )	5.640 (± 5.540)	808 (1.680)	63,8 (± 45,9)	0,124
EOS (%)	27,3 (± 17,7)	6,9 (± 8,5)	1 (± 0,6)	0,009
ANCA s+	8 (61,5%)	6 (46,2%)	3 (23,1%)	0,411

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo observacional sobre una cohorte de 13 pacientes con diagnóstico de GEPA tratados con MPZ durante al menos 1 año en consulta monográfica de asma del Hospital Universitario de La Princesa. Se recogieron y analizaron variables clínico-funcionales, escala de actividad de vasculitis (BVAS), tanto al diagnóstico de GEPA y 1 año antes y después del inicio del tratamiento con MPZ. Asimismo, se analizó la eficacia del MPZ en función de las diferentes dosis de MPZ (100 y 300 mg).

**Resultados:** En nuestro estudio, el 69% de los pacientes eran hombres con una media de edad de  $60 \pm 15,3$  años. La puntuación de BVAS era de  $9,1 \pm 5,7$  al diagnóstico, del  $5,7 \pm 5,2$  antes del inicio de MPZ y de  $1,4 \pm 1,5$  después de 1 año de MPZ. Después de 12 meses con MPZ, se redujo el porcentaje de eosinófilos en sangre (6,9 vs. 1%) de corticoides orales (92,3 vs. 38,5%) y de tratamiento con inmunosupresores (38,5 vs. 0%) ( $p < 0,05$ ). Todos los pacientes presentaron una mejoría de los síntomas ( $p < 0,001$ ) y del control de su asma (ACT 20,5 vs. 22,1) ( $p = 0,695$ ). No se detectaron recaídas durante el periodo de seguimiento. Además, se observó diferencia significativa en la puntuación de la escala de BVAS (6,4 pre-MPZ vs. 1,4 pos-MPZ con 100 mg y 6 pre-MPZ vs. 1,3 pos-MPZ de 300 mg) ( $p < 0,05$ ) independientemente de la dosis de MPZ empleada.

**Conclusiones:** Nuestros pacientes con GEPA en tratamiento con MPZ mostraron una mejoría clínica junto con una reducción significativa de la puntuación BVAS, eosinofilia sanguínea y del tratamien-

Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con GEPA comparando al inicio y 1 año después del MPZ según las diferentes dosis de MPZ (100 y 300 mg)

	Pre-MPZ 100 mg (n = 7)	Pre-MPZ 300 mg (n = 6)	Post-MPZ 100 mg (n = 7)	Post-MPZ 300 mg (n = 6)	p 100 mg	p 300 mg
Sexo [masculino]	5 (71,4%)	4 (66,7%)	--	--	--	--
Edad al diagnóstico	56,7 (± 10,1)	49,3 (± 20,9)	--	--	--	--
Edad al inicio de MPZ	58,9 (± 9,82)	53,7 (± 21,7)	--	--	--	--
Edad actual	--	--	63,1 (± 8,71)	56,3 (± 21,1)	--	--
Síntomas de GEPA						
General	2 (28,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,445	1,000
Cutánea	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,000	1,000
Ojos	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (16,7%)	1,000	1,000
ORL	7 (100%)	4 (66,7%)	5 (71,4%)	4 (66,7%)	0,445	0,628
Tóraco	7 (100%)	3 (50,0%)	3 (42,9%)	1 (16,7%)	0,076	0,236
Cardiovascular	0 (0,0%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,000	0,830
Abdominal	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,000	0,527
Renal	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,000	1,000
Sistema nervioso	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (16,7%)	1,000	1,000
BVAS puntuación	6,4 (± 4,3)	6,0 (± 7,2)	1,4 (± 1,7)	1,3 (± 1,4)	0,010	0,037
Mejoría de los síntomas	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (100%)	6 (100%)	< 0,001	0,005
Pruebas de laboratorio						
Valor absoluto de eosinófilos en sangre (/mm <sup>3</sup> )	1.360 (± 2.210)	167 (± 183)	72,9 (± 56,2)	53,3 (± 32,0)	0,002	0,199
EOS (%)	10,2 (± 10,3)	3 (± 3,4)	1 (± 0,6)	0,9 (± 0,6)	0,004	0,470
ANCA +	5 (71,4%)	1 (16,7%)	3 (42,9%)	0 (0,0%)	0,826	1,000
MPO status	3 (42,9%)	1 (16,7%)	2 (28,6%)	0 (0,0%)	1,000	1,000
VSG	20 (± 22,4)	11 (± 10,5)	2 (± 0,0)	7,3 (± 6,7)	0,073	0,572
PCR (mg/dL)	1,9 (± 3,5)	1,3 (± 2,8)	0,3 (± 0,4)	0,7 (± 1,3)	0,291	0,688
Pruebas de función respiratoria						
FEV <sub>1</sub> (% pred)	71,3 (± 26,2)	87 (± 22,4)	85,9 (± 22,6)	80,4 (± 14,8)	0,284	0,556
FEV <sub>1</sub> (mL)	1.990 (± 959)	2.640 (± 1.260)	2.320 (± 767)	2.430 (± 976)	0,487	0,746
FEV <sub>1</sub> /FVC (%)	64,4 (± 16,5)	69,4 (± 7)	67,6 (± 16,6)	73,4 (± 8,7)	0,655	0,476
ACT	19,1 (± 6,8)	22,2 (± 4,7)	22,4 (± 2,2)	21,7 (± 4,5)	0,401	0,493
FENO	79,0 (± 74,2)	58,2 (± 21,1)	86,4 (± 75,1)	48,0 (± 22,0)	0,749	0,476
Tratamiento						
Corticosteroides (prednisona)	7 (100%)	5 (83,3%)	3 (42,9%)	2 (33,3%)	0,076	0,242
Dosis (mg/d)	15,7 (± 9)	7,50 (± 6,9)	5,94 (± 5,1)	3,75 (± 2,2)	0,080	0,396
Dosis acumulativa al año	3.290 (± 4.630)	2.180 (± 2.290)	1.410 (± 1.470)	671 (± 958)	0,400	0,377
Inmunosupresores	2 (28,6%)	3 (50,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,462	0,192
Azatioprina	1 (14,3%)	2 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,000	0,462
Metotrexato	1 (14,3%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,000	1,000
Mofetil de micofenolato	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,000	1,000
Ciclofosfamida	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,000	1,000
Otro tratamiento biológico						
Omalizumab	1 (14,3%)	2 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,000	0,462
Estado de la enfermedad						
Refractaria	4 (57,1%)	3 (50,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,070	0,192
Recaída	1 (14,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,000	1,000
Refractaria y recaída	2 (28,6%)	3 (50,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,462	0,192

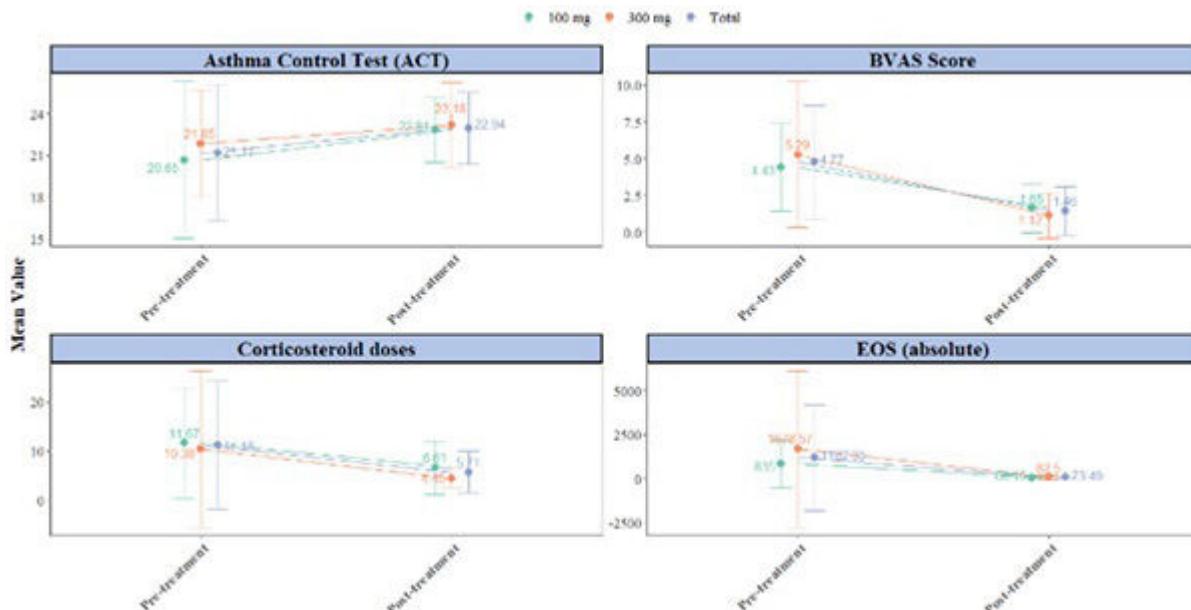


Figura 1. Comunicación 75.

to con corticoides orales e inmunosupresores, en ausencia de recaídas. Ambas dosis de 100 y 300 mg de MPZ lograron alcanzar mejoría clínica en nuestra serie.

## 50. EFICACIA Y SEGURIDAD DE DUPILUMAB PARA EL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE NO CONTROLADA EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE ADULTOS. GRUPO DE TRABAJO DE ASMA DE NEUMOMADRID

**Andrea Trisán Alonso**<sup>1</sup>, Rocío Magdalena Díaz Campos<sup>2</sup>, Silvia Sánchez Cuellar<sup>3</sup>, Carolina Cisneros Serrano<sup>4</sup>, Victoria Arnalich Montiel<sup>5</sup>, Celia Pinedo Sierra<sup>6</sup>, María José Espinosa de los Monteros<sup>7</sup>, Beatriz Arias Arcos<sup>8</sup>, Inés Escribano Gimeno<sup>9</sup>, Eva de Santiago Delgado<sup>10</sup>, Carmen Acosta Gutiérrez<sup>11</sup>, David Romero Ribate<sup>5</sup>, María Celeste Marcos<sup>4</sup> y Carlos Almonacid Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España. <sup>2</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

<sup>3</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. <sup>4</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España. <sup>5</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. <sup>6</sup>Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España. <sup>7</sup>Hospital Universitario de Toledo, España. <sup>8</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España. <sup>9</sup>Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, España. <sup>10</sup>Hospital Universitario del Henares, Madrid, España. <sup>11</sup>Hospital Universitario de Getafe, España.

**Introducción:** Se ha demostrado la eficacia y seguridad de dupilumab en el asma grave pero la experiencia en la vida real es más limitada. Este estudio tiene como objetivo evaluar el efecto de dupilumab en una cohorte española de adultos con asma grave.

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo de pacientes con asma grave tratados con dupilumab, reclutados en 11 unidades de asma grave en el año 2023, con seguimiento a 6 meses. Basalmente (V1) se recogieron variables clínicas, fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO), función pulmonar, recuento de eosinófilos en sangre, determinación sérica de Ig E total, número de exacerbaciones, uso de corticoides sistémicos (GCS), uso previo de anticuerpos monoclonales (mAb) y puntuación en los cuestionarios de control del asma (ACT), adhesión a terapia inhalada (TAI) y calidad de vida (miniAQLQ). A los

6 meses de iniciado el tratamiento (V2) se evaluaron los siguientes datos: número de exacerbaciones en el periodo de seguimiento, tratamiento que estaban realizando, ACT, TAI, miniAQLQ, recuento de eosinófilos en sangre, FeNO y función pulmonar.

Tabla 1. Características demográficas basales.

Características demográficas	Visita 1
Hombre/Mujer (n / %)	36 (36,4) / 63 (63,6)
Edad (media / SD)	35,5 (14,1)
Edad al diagnóstico de asma (media / SD)	31,9 (17,5)
IMC (media / SD)	27,1 (7,1)
IgE (media / SD)	298,6 (324,7)
Eosinofilia periférica (media / SD)	726,3 (504,8)
Historia tabaquismo (n / %)	
No fumadores	58 (58,6)
Activos	36 (36,4)
Exfumadores	5 (5,05)
Intolerancia AINE (n / %)	29 (29,3)
Prick test positivo (n / %)	63 (63,6)
Poliposis nasal (n / %)	50 (50,5)
ERGE (n / %)	44 (44,4)
Dermatitis (n / %)	12 (12,1)
LABA + ICS (n / %)	99 (100)
LAMA (n / %)	86 (86,9)
LTRA (n / %)	86 (86,9)
Teofilina (n / %)	1 (1)
GCS (n / %)	19 (19,2)
Tratamiento previo con anticuerpos monoclonales (n / %)	
Omalizumab	54 (54)
Mepolizumab	18 (18)
Bemolizumab	22 (22)
Reslizumab	12 (12)

N: número de pacientes. %: porcentaje. SD: desviación estándar. V1: visita basal. IMC: índice de masa corporal. Ig E: inmunoglobulina E. AINE: Antinflamatorios no esteroideos.

ERGE: enfermedad por reflujo gástrico-oesofágico. LABA: beta2 agonistas de acción prolongada. ICS: corticoides inhalados. LAMA: anticolinérgicos de acción prolongada.

LTRA: anticuerpos monoclonales. GCS: glucocorticoides sistémicos.

**Resultados:** Un total de 99 pacientes participaron en V1, solo 74 completaron V2 (estos abandonos se debieron a pérdidas en el seguimiento). En V1: 19 (19,2%) pacientes realizaban tratamiento de mantenimiento con GCS y 54 (54%) habían estado en tratamiento previo con otro mAb. Las variables clínico-funcionales se muestran en la tabla 1. Tras 6 meses de tratamiento con dupilumab se redujo significativamente la tasa de exacerbaciones graves ( $2,39 \pm 2,1$  a  $0,27 \pm 0,7$ ;  $p < 0,001$ ) y mejoró el control del asma ( $16,47 \pm 5,4$  a  $20,5 \pm 4,9$ ;  $p < 0,001$ ). El análisis descriptivo completo se muestra en la ta-

bla 2. 15 (78,94%) de los pacientes en tratamiento con GCS de mantenimiento lo suspendieron completamente sin perder el control. No se informaron efectos adversos relevantes. Solo en 2 pacientes se retiró el tratamiento por falta de respuesta.

Tabla 2. Resultados tras 6 meses de seguimiento.

Variable	Visita 1	Visita 2	P
ACT (media/SD)	16.47 (5.4)	20.5 (4.9)	< 0.001
TAI (media/SD)	51.3 (4.5)	51.8 (2.8)	0.713
Exacerbaciones graves (media/SD)	2.39 (2.1)	0.27 (0.7)	< 0.001
FEV1 (ml) (media/SD)	2143 (970)	2350 (977)	0.09
FEV1 (%) (media/SD)	73.1 (20.6)	81 (21.4)	0.009
FEV1/FVC (media/SD)	65.2 (13.3)	66.7 (13.3)	0.165
FeNO (ppb) (media/SD)	57.9 (49.7)	22.5 (17)	< 0.001
Eosinofilia periférica (n/ml) (media/SD)	726.3 (594.8)	593.1 (884.9)	0.115
mini AQLQ (media/SD)	65.4 (23.3)	86.4 (19.7)	0.06

N: número de pacientes. %: porcentaje. SD: desviación estándar. V1: visita basal. V2: visita 2 (6 meses de tratamiento con dupilumab). ACT: Test de Control del Asma. TAI: Test de Adhesión a los Inhaladores. FEV1: volumen espirado máximo en el primer segundo. FVC: capacidad vital forzada. FeNO: Fracción exhalada de óxido nítrico. MiniAQLQ: cuestionario de calidad de vida.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte, el uso de dupilumab mostró una reducción del número de exacerbaciones a los 6 meses, una mejora en el control del asma y en la función pulmonar, así como una reducción de los marcadores inflamatorios (FeNO y eosinófilos en sangre). Hasta donde nosotros sabemos, esta es la cohorte prospectiva de vida real más amplia en España que ha demostrado la efectividad de dupilumab, obteniendo resultados similares a los informados en ensayos clínicos.

## 817. ENSAYO CLÍNICO FASE IV: DATOS PRELIMINARES SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA DEL OMALIZUMAB EN PACIENTES ASMÁTICOS

**María Eugenia Navarrete Rouco<sup>1</sup>, Ramón Gimeno Martínez<sup>1</sup>, Olga Luengo Sánchez<sup>2</sup>, María Basagaña Torrento<sup>3</sup>, Irina Bobolea<sup>4</sup>, Ángela García Sanz<sup>1</sup>, Mireia Admetlló Papiol<sup>1</sup>, Antonio Sancho Muñoz<sup>1</sup>, Dulce Soto Soto<sup>1</sup> y Pilar Ausín Herrero<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital del Mar, Barcelona, España. <sup>2</sup>Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España. <sup>3</sup>Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España. <sup>4</sup>Hospital Clínic, Barcelona, España.

**Introducción:** La posología de omalizumab se calcula según el nivel de IgE total y el peso del paciente previo al inicio y se mantiene en el tiempo. Hasta el momento, no existen estudios dirigidos a una

optimización de dosis tras el control de la enfermedad. El objetivo es describir los datos preliminares obtenidos en el ensayo clínico OPT-OMA-ASTHMA respecto a la reducción de dosis de omalizumab en pacientes en remisión clínica.

**Material y métodos:** Ensayo clínico fase IV, multicéntrico, abierto, de dos brazos, aleatorizado, prospectivo, longitudinal (EudraCT number: 2021-005578-24). El ensayo constó de dos fases: intervención (FI) (48 semanas) y seguimiento (FS) (52 semanas). Se incluyeron a pacientes en tratamiento con omalizumab que alcanzaron la remisión clínica (Asthma Control Test (ACT) ≥ 20, FEV<sub>1</sub> ref. > 80% ref. o igual o mayor al mejor FEV<sub>1</sub> ref. del paciente y no hubieran presentado exacerbaciones en los 6 meses previos). El estudio tuvo dos ramas: G25: reducción total de la dosis un 25% y G50: reducción inicial de 25% más otro 25% a las 24 semanas. La aleatorización fue 1:1. En la semana 48, si la respuesta era favorable (persistían en remisión clínica) se mantenía la misma dosis durante la FS. Se recogieron datos: demográficos, tiempo de evolución del asma, persistencia de omalizumab y dosis media por administración (Dm). Se registraron variables clínicas (ACT, número crisis), funcionales (FEV<sub>1</sub> ref.) y biomarcadores (FeNO e IgE) al inicio y en las semanas 24, 48 y 96. Estadística: variables cualitativas (número, frecuencia) y cuantitativas (media ± desviación estándar).

**Resultados:** Un total de 26 pacientes fueron aleatorizados entre marzo 2022 y junio 2024. Al final de la recogida de datos, 7 (27%) pacientes habían finalizado el estudio, 4 (15%) estaban en FI y 12 (46%) en FS. Aquellos que habían finalizado, disminuyeron una media de 70,9 mg y con una frecuencia de 4 semanas. No se detectó ninguna exacerbación asmática relacionada con la optimización de la dosis. Nueve pacientes (35%) tuvieron infecciones respiratorias leves y de estos, 4 necesitaron antibiótico y corticoides. Tres pacientes abandonaron el estudio por empeoramiento debido a: inicio de hábitos tóxicos, falta de adherencia al tratamiento inhalado y biológico, y exacerbación de la rinoconjuntivitis.

	Pacientes total	Grupo 25%	Grupo 50 %
Nº pacientes	26 (100%)	12 (46%)	14 (54%)
Edad (años)	48 (±18,7)	47 (±17)	49 (± 21)
Sexo (mujeres)	13 (50%)	5 (42%)	8 (57%)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	26,9 (± 4,9)	26,7 (± 5,4)	27,1 (± 4,7)
Años diagnóstico asma grave	26,8 (± 14,3)	28,2 (± 13,6)	25,4 (± 15,6)
Años en tratamiento con omalizumab	5,1 (± 3,9)	4,6 (± 3,4)	5,7 (± 4,3)
Visita basal:			
- Dosis mantenimiento omalizumab (mg por administración)	467,3 (±118,7)	462,5 (±131,2)	471,4 (±111,7)
- Nº pacientes con administración cada 2 semanas	8 (31%)	4 (33%)	4 (29%)

Tabla 1. Datos demográficos de los pacientes incluidos en el estudio.

**Conclusiones:** Ninguna de las dos reducciones de dosis (25 y 50%) empeoraron el control del asma durante el primer año. Se podría considerar una reducción de dosis en aquellos pacientes tratados con omalizumab que hayan alcanzado remisión clínica.

	Basal	Semana 24	Semana 48	Semana 96
<b>Grupo 25%</b>				
- ACT	n= 12 24 (± 2)	n= 11 23 (± 2)	n= 6 24 (± 2)	n= 2 25 (± 0)
- FEV <sub>1</sub> (% ref.)	84,3 (± 12,1)	81 (± 10,1)	87,7 (± 11,7)	98,5 (± 10,6)
- FeNO (ppb)	35 (± 25)	40 (± 26)	35 (± 27)	17 (± 9)
- IgE (UI/ml)	799, 6 (± 504,1)	846,5 (± 504,4)	657,3 (± 433,2)	657,5 (± 685,2)
<b>Grupo 50%</b>				
- ACT	n= 14 24 (± 2)	n= 12 24 (± 1)	n= 6 24 (± 2)	n= 5 24 (± 1)
- FEV <sub>1</sub> (% ref.)	82,3 (± 9,2)	81,1 (± 7,5)	85,2 (± 16,5)	81 (± 11,9)
- FeNO (ppb)	31 (± 18)	22 (± 13)	21 (± 8)	26 (± 7)
- IgE (UI/ml)	924 (± 637,7)	865,6 (± 688,4)	777,5 (± 410,3)	531,8 (± 168,4)

Tabla 2. Variables clínicas, funcionales y biomarcadores. ACT: Asthma Control Test, FENO: óxido nítrico fracción espiratoria, FEV<sub>1</sub> ref.: volumen espiratorio forzado. Celda blanca: situación basal, celda gris clarito: reducción de la dosis total un 25%, celda gris oscuro: reducción de la dosis total un 50%.

Tabla 2. Comunicación 817.

## 120. EOSINOFILIA EN EL ESPUTO INDUCIDO MEDIDA POR CITOMETRÍA DE FLUJO Y MICROSCOPIA ÓPTICA. ¿PUNTO A DEBATIR?

Oriol Carigt Cirera<sup>1</sup>, Eder Freddy Mateus Medina<sup>1</sup>, Anna Pelegrí Pedret<sup>1</sup>, Yazmin Abarca Yupanqui<sup>1</sup>, Elena Curto Sánchez<sup>2</sup>, Esther Palones Femenia<sup>1</sup>, Eduardo Vélez Segovia<sup>1</sup>, Lorena Soto Retes<sup>1</sup>, David Ramos Barbón<sup>1</sup>, Vicente Plaza Moral<sup>1</sup> y Astrid Crespo Lessmann<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología y Alergia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. <sup>2</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Salamanca, España.

**Introducción:** El recuento de células inflamatorias en el esputo inducido (EI) es la técnica más eficaz para identificar los fenotipos inflamatorios bronquiales en pacientes con asma grave, a su vez, es una herramienta valiosa para dirigir y valorar respuesta a tratamientos especialmente en aquellos con inflamación eosinofílica. Actualmente se establece como punto de corte para clasificar una muestra de EI como eosinofílica, aquella con un recuento mayor del 3%. A pesar de que la microscopía óptica (MO) es la única técnica validada hasta la fecha para el fenotipado de muestras de EI, la citometría de flujo (CF) pudiera ser una alternativa con un recuento automatizado de las células inmunitarias.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes asmáticos a los que se les solicitó muestra de EI según la práctica clínica habitual de nuestro centro. Se recogieron variables clínico-funcionales de todos los pacientes. Las muestras de EI fueron procesadas según el método descrito por Pizzichini *et al.* y se analizaron en paralelo tanto para MO como para CF. El panel de marcadores usado para la CF fue: Linfocitos (CD3+, CD45+), eosinófilos (CD45+, CD66b+, CD16-), neutrófilos (CD45+, CD66b+, CD15high, CD16high), macrófagos (CD45+, CD14+, CD66b-). Como control de calidad se consideró muestra de "alta calidad" cuando el recuento celular era mayor de 1.000.000 células/g, viabilidad > 40% y < 20% de células epiteliales. Para analizar la concordancia entre ambas técnicas, se computó el índice kappa de Cohen.

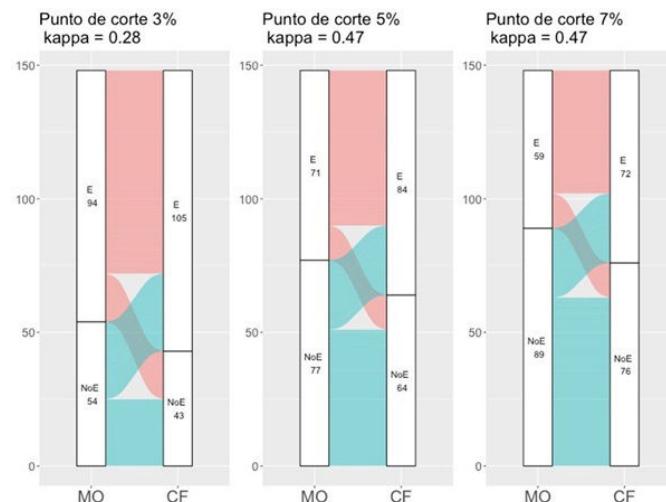
**Resultados:** Se incluyeron 148 pacientes, 58,7% eran mujeres. La edad media fue de  $54,24 \pm 13,28$  años. En la tabla 1 se muestran las características clínico-funcionales de la cohorte estudiada. 94/148 muestras fueron clasificadas como eosinofílicas según MO con el punto de corte habitual de 3%. La CF clasificó más muestras como eosinofílicas (105/148), Kappa de Cohen de 0,28. Al elevar el punto de corte a 5% el kappa de Cohen fue de 0,47 (MO 71/148; CF 84/64), y cuando se establecía en 7% el kappa de Cohen resultó de 0,47 (MO 59/148; CF 72/148) (fig.).

Características clínico-funcionales de los pacientes del estudio	
	Media (DE) o n (%)
Sexo (mujer)	87/148 (58,7%)
Edad (años)	54,24 (13,28)
IMC	28,17 (5,29)
FVC (% predicho)	94,72 (17,03)
FEV <sub>1</sub> (% predicho)	81,92 (20,39)
FeNO ppb	40,68 (34,11)
IgE total kU/L	206,02 (315,98)
Prick test (positivo)	91/144 (63,19%)
Calidad de la muestra del EI (alta)	107/120 (89,1%)
Gravedad asma	
Intermitente	10/147 (6,8%)
Persistente leve	15/147 (10,2%)
Persistente moderada	75/147 (51%)
Persistente grave	(32%)

DE: desviación estándar; EI: esputo inducido; IMC: índice de masa corporal; FVC: capacidad vital forzada; FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; FeNO: fracción exhalada de óxido nítrico; IgE: inmunoglobulina E.

**Conclusiones:** La CF es una prueba más específica para detectar muestras como eosinofílicas en comparación con la MO. Al subir el punto de corte para considerar que un EI es eosinofílico, existe una

mayor concordancia entre ambas técnicas, lo que abre el debate sobre si es posible que se deba de establecer un punto de corte diferente al actual para detectar un fenotipo eosinofílico en el EI de pacientes asmáticos.



Diagramas aluviales de la clasificación según cada técnica y punto de corte. E: eosinofílico; NoE: no eosinofílico; MO: microscopía óptica; CF: citometría de flujo.

## 793. ERRORES EN EL USO DEL INHALADOR EN PACIENTES QUE HOSPITALIZAN

Pedro Adami Teppa<sup>1</sup>, Myriam Calle Rubio<sup>2</sup>, Miriam García Carro<sup>1</sup>, José Carlos Tallón Martínez<sup>3</sup>, Consolación Riesco Rubio<sup>1</sup>, Laura Fernández Cortés<sup>1</sup>, María Morales Dueñas<sup>1</sup>, Valeria Chamorro del Barrio<sup>1</sup>, Medardo Montenegro Villavicencio<sup>1</sup>, Gianna Vargas Centanaro<sup>2</sup>, Rafael Sánchez del Hoyo<sup>4</sup> y Juan Luis Rodríguez Hermosa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

<sup>2</sup>Servicio de Neumología, Hospital Clínico San Carlos. Departamento de Medicina, Universidad Complutense, Instituto de Investigación Sanitaria (IdISSC), Madrid, España, <sup>3</sup>Servicio de Farmacia, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. <sup>4</sup>Unidad de Soporte Metodológico a la Investigación. Servicio de Preventiva. Instituto de Investigación Sanitaria (IdISSC), Madrid, España.

**Introducción:** Un aspecto clave en el manejo del enfermo respiratorio para alcanzar el control y evitar complicaciones de la enfermedad es un correcto uso del inhalador. El objetivo de este estudio era analizar la utilización del dispositivo por parte del paciente del tratamiento inhalado que realizaba antes de una hospitalización por problemas respiratorios.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal en pacientes adultos hospitalizados que precisaban una terapia inhalada durante el ingreso, con inclusión consecutiva durante un año. Este análisis evalúa la población que utilizaba una terapia inhalada de mantenimiento previa a la hospitalización. Se realizó una entrevista presencial registrando conocimiento, técnica y cumplimiento de terapia inhalada, y evaluación de errores en la técnica con el inhalador de mantenimiento utilizado previo a hospitalización.

**Resultados:** De 320 pacientes donde se evaluó la técnica de inhalación, en 114 (35,6%) se detectaron errores críticos. El porcentaje de pacientes con errores críticos fue mayor entre los que utilizaron MDI con espaciador y Respimat, en comparación con los que utilizaron DPI, que tuvieron menos errores críticos. En la tabla se muestran características según tener o no errores críticos. Los pacientes con errores tenían un menor pico flujo inspiratorio máximo y en ellos era más frecuente una mala adhesión terapéutica y un peor nivel de conocimiento en el manejo del inhalador.

Características según errores críticos			
N = 320	Sin error crítico N = 206 (64,4%)	Con error crítico N = 114 (35,6%)	p
Edad, m (DE)	75,2 (11,7)	74,9 (14,1)	0,898
Varón, n (%)	108 (63,2)	50 (48,5)	0,018
Tabaquismo activo	15 (7,3)	11 (9,6)	0,393
Charlson, m (IQR)	3 (1-4)	2 (1-4)	0,116
% pac con Charlson ≥ 2	142 (68,9)	69 (60,5)	0,129
N.º hospitalizaciones, median (IQR)	2 (1-3)	2 (1-3)	0,525
% pac con ≥ 1 hospitalización año previo	165 (80,1)	87 876,3)	0,428
No comorbilidad respiratoria	15 (7,3)	10 (8,8)	0,129
Tener asma	36 (17,5)	23 (20,2)	
Tener EPOC	122 (59,2)	62 (54,4)	
Otras	33 (11,2)	19 (16,7)	
Servicio responsable			0,589
Neumología	50 (24,3)	29 (25,4)	
Medicina Interna	104 (50,5)	62 (54,4)	
Geriatría	52 (25,2)	23 (20,2)	
Dispositivo de inhalación			< 0,001
Polvo seco	110 (53,4)	35 (30,7)	
Cartucho	54 (26,2)	28 (24,6)	
Cámara	33 (16,0)	38 (33,3)	
Respimat	9 (4,4)	13 (11,4)	
N.º inhaladores que utiliza			0,342
Un dispositivo	178 (86,4)	94 (82,5)	
2 o más dispositivos	28 (13,6)	20 (17,5)	
Tiempo de utilización, m (IQR)	18 (7,7-45,2)	14,5 (6,7-38,5)	0,324
Quién adiestró			< 0,001
Nadie	21 (10,2)	31 (27,2)	
Se adiestró	185 (89,8)	83 (72,8)	
Atención primaria	24 (13)	18 (21,7)	
Especialidades	113 (71,5)	50 (60,2)	
Farmacia	48 (25,9)	15 (18,1)	
PIF m (DE)	60,8 (17,3)	52,1 (17,8)	< 0,001
Cumplimiento, % pac			0,007
Mala	57 (31)	46 (50,5)	
Intermedia	66 (35,9)	22 (24,2)	
Buena	61 (33,2)	23 (25,3)	
Conocimiento referido de manejo			< 0,001
Bien	172 (88,2)	49 (49,5)	
Regular o malo	23 (11,8)	50 (50,5)	

## 965. ¿ES POSIBLE SIMPLIFICAR EL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES ASMÁTICOS CON UN SOLO DISPOSITIVO, DISMINUYENDO ADEMÁS SU IMPACTO MEDIOAMBIENTAL?

**Gastón Figueroa**, Pablo Álvarez Vega, María Ángeles Rodríguez Martín, Noelia Álvarez Alonso, Verónica Irazusta García, María Jesús García Durán, Tatiana Margolles García, María Isabel Castro López, Aida Pérez Velasco, Cristina Menéndez Sánchez, Laura Vigil Vigil, Cristina González Temprano, Andrea Jiménez Jurado y Amelia Alzueta Álvarez

Hospital Cabueñas, Gijón, España.

**Introducción:** El asma es una patología con elevada prevalencia en la población. Un adecuado tratamiento es fundamental para conseguir controlar la enfermedad. La simplificación de los tratamientos inhalados resulta fundamental a la hora de optimizar la adherencia y la realización de una posología adecuada. El objetivo es determinar si es posible mantener un buen control de la enfermedad asmática al sustituir una triple terapia inhalada abierta por una cerrada con un solo dispositivo con mometasona, indacaterol y glicopirronio; y si es si es posible disminuir la huella de carbono sin que esto implique un peor control.

**Material y métodos:** Análisis prospectivo de 54 pacientes diagnosticados de asma bronquial mediante prueba broncodilatadora positiva y/o fracción de óxido nítrico exhalado > 40 ppb en tratamiento con triple terapia inhalada abierta con corticoide inhalado, agonista beta de acción prolongada y antimuscarínico de larga duración, a los que se sustituyó dicha terapia por mometasona, indacate-

rol y glicopirronio en un único dispositivo. Se incluyeron variables demográficas, comorbilidades, síntomas, datos de espirometrías, agudizaciones, puntuación en el cuestionario Asthma Control Test y niveles de eosinófilos e IgE en sangre en el momento del cambio de tratamiento y a los 12 meses del mismo.

**Resultados:** Se incluyeron 54 pacientes, 36 de ellas mujeres (66%), con una edad media de 55 años. El 20% eran fumadores activos y el 22% eran exfumadores. La presencia de síntomas antes del cambio de tratamiento y a los 12 meses tras el cambio puede verse en la tabla 1. Las diferencias en la espirometría, FeNO, IgE y eosinófilos en sangre y agudizaciones puede verse en la tabla 2. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los parámetros analizados, tanto a nivel de clínica, agudizaciones, función pulmonar o analíticos. Los dispositivos inhalados utilizados antes del cambio del tratamiento fueron: Accuhaler; presurizado; nexthaler; ellipta; turbobhaler; breezhaler; respimat. El número de inhaladores utilizados se redujo con un descenso de CFP (un 93%).

Tabla 1. Síntomas antes del cambio de tratamiento y a los 12 meses tras el cambio

Parámetro	Triple terapia abierta	Tras 12 meses con un solo dispositivo
Disnea mMRC 0/1/2/3/4 n.º (%)	16 (29,6%)/18 (33,3%)/17 (31,5%)/3 (5,6%)/0 (0%)	35 (64,8%)/16 (29,6%)/3 (5,6%)/0 (0%)
Tos sí/no n.º (%)	27 (50%)/27 (50%)	10 (18,5%)/44 (81,5%)
Sibilancias sí/no n.º (%)	16 (29,6%)/38 (70,4%)	4 (7,4%)/50 (92,6%)
Síntomas nocturnos sí/no n.º (%)	15 (27,8%)/39 (72,2%)	3 (5,6%)/51 (84,4%)

Tabla 2. Diferencias en la espirometría, FeNO, IgE y eosinófilos en sangre y agudizaciones

Parámetro	Triple terapia abierta	Tras 12 meses con un solo dispositivo	t Student
ACT	19,16 ± 4,88	21,43 ± 4,37	- 2,07 – 0,81 (p 0,027)
FeNO (ppb)	47,18 ± 45,23	28,74 ± 31,57	- 23,16 – 2,13 (p 0,022)
IgE (UI/mL)	161,78 ± 236,11	106,18 ± 312,44	- 1,164 – 16,39 (p 0,031)
Eosinófilos (/uL)	274,39 ± 272,54	115,02 ± 207,31	- 16,47 – 152,18 (p 0,038)
FEV <sub>1</sub> (L)	1,97 ± 0,87	2,55 ± 1,13	- 0,73 – 21,13 (p 0,0321)
FEV <sub>1</sub> (%)	68,55 ± 26,72	82,7 ± 21,45	- 1,73 – 8,55 (p 0,014)
FVC (L)	2,92 ± 1,11	3,48 ± 1,17	- 51,33 – 124,31 (p 0,032)
FVC (%)	78,45 ± 21,53	82,15 ± 18,31	- 0,76 – 9,37 (p 0,041)
Agudizaciones	0,44 ± 0,75	0,27 ± 0,81	- 0,24 – 0,276 (p 0,048)

**Conclusiones:** No existen diferencias clínicamente relevantes en el control de la enfermedad asmática independientemente de que esta se trate con una terapia abierta o cerrada, si bien esta última permite simplificar la posología y disminuir el número de inhaladores utilizados. La CFP provocada por los inhaladores utilizados en el tratamiento del asma puede ser disminuida de forma muy significativa, sin que esto implique un peor control.

## 132. ESTUDIO DE UNA SERIE DE PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA Y REPUESTA A TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS. NUESTRA EXPERIENCIA

**Amparo Sanz Cabrera**, María Teresa Gómez Vizcaíno, Jacinto Hernández Borge, Julia López Rodríguez, Rocío Morante Espada, Lourdes Galán Ledesma, Elvira Sánchez Calle, José Antonio Márquez Alba, Alejandro Méndez Villaverde, Beatriz Pires Manso, Ana María Castañar Jover e Ignacio Rodríguez Blanco

Hospital Universitario Badajoz, España.

**Introducción:** El asma grave (AG) afecta al 5-10% de los pacientes asmáticos y al menos el 3,9% de ellos tienen asma grave no controlada (AGNC). Los fármacos biológicos (FB) se emplean en el AGNC en el

último escalón de tratamiento y han demostrado reducir exacerbaciones graves, hospitalizaciones y uso de corticoides orales. El objetivo del presente trabajo ha consistido en estudiar las características de una serie de pacientes con AGNC en tratamiento con fármacos biológicos y evaluar la respuesta a tratamiento.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de 67 pacientes con AGNC, en tratamiento con FB, en seguimiento desde nuestras consultas. Se registraron las variables sociodemográficas más relevantes, características clínicas, comorbilidades, datos analíticos y de función pulmonar de los pacientes, tipo de tratamiento realizado, grado de control del asma en base al cuestionario ACT, así como respuesta a tratamiento, entre otros.

**Resultados:** La edad media de nuestros pacientes es de 60,58 años. El 47% presenta asma T2 alérgico, un 50% T2 eosinofílico y un 3% perfil no T2. El 46,3% reciben tratamiento con mepolizumab y el 16,4% con omalizumab, dupilumab y tezepelumab, respectivamente. Casi un 54% tienen antecedentes de tabaquismo. Otras comorbilidades son la poliposis nasal, el reflujo gastroesofágico (41,8%), obesidad (35,8%) y síndrome ansioso depresivo (34%). Tras inicio de tratamiento con FB, se constató una respuesta favorable, en base a reducción en número de exacerbaciones anuales en el 88% de los pacientes, mejoría del ACT y mejoría de la función pulmonar en un 91% y un 89,6% de los casos, respectivamente. Del 25,3% de pacientes que realizaban tratamiento continuo con esteroides orales, se logró su retirada en un 82%. Un 25% de los pacientes precisaron cambio de fármaco biológico por respuesta parcial o no respuesta, e incluso un 7,5% precisaron varios cambios.

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes con asma grave en tratamiento biológico, presentaron un mejor control de sintomatología asmática, mejor función pulmonar, reducción significativa en número de exacerbaciones y, en definitiva, una mejoría en su calidad de vida tras inicio de tratamiento, siendo fármacos bien tolerados sin objetivarse reacciones adversas significativas tras su administración. Una minoría de pacientes precisó cambio de tratamiento biológico, por mala respuesta al fármaco inicialmente seleccionado en función de su fenotipo.

## 855. ESTUDIO DEL PAPEL DE BIOMARCADORES ANATOPATOLÓGICOS Y CLÍNICOS EN LA DIFERENCIACIÓN DE RESPONDEDORES A TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ASMA GRAVE

Rosa Alorda Munar<sup>1</sup>, Nuria Toledo Pons<sup>2</sup>, Amanda Iglesias Coma<sup>3</sup>, José Luis Valera Felices<sup>2</sup>, Meritxell López Zamora<sup>2</sup>, Pedro Andrés Montecino Barra<sup>1</sup>, Ruth Engonga Gutiérrez<sup>1</sup>, Cristina Gómez Bellvert<sup>4</sup> y Francisco de Borja García-Cosío Piqueras<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España. <sup>2</sup>CIBERES-IdISBa, Palma de Mallorca, España.

<sup>3</sup>Hospital Universitario Son Espases-IdISBa, Palma de Mallorca, España. <sup>4</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Son Espases-IdISBa, Palma de Mallorca, España. <sup>5</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario Son Espases-IdISBa, Palma de Mallorca, España.

**Introducción:** Las terapias biológicas han transformado el tratamiento del asma grave, aunque persiste la dificultad para identificar adecuadamente a los pacientes que van a mostrar una respuesta favorable a estos tratamientos.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo que incluyó pacientes con asma grave no controlado, candidatos a terapia biológica a los que se les realizó una biopsia bronquial y fueron seguidos durante 6 meses en el Hospital Universitario Son Espases. Se recopilaron datos clínicos, demográficos y anatopatológicos basales clasificados en respondedores y no respondedores tras 6 meses de tratamiento.

Se definió respuesta utilizando el índice EXACTO que incluye exacerbaciones, uso de corticoides orales, ACT y FEV<sub>1</sub>. Se analizaron variables clínicas como la edad, presencia de poliposis nasal, función pulmonar (FEV<sub>1</sub>), eosinófilos en sangre, FeNO y hallazgos de biopsia bronquial, utilizando un score previamente descrito.

**Resultados:** Se analizaron 56 pacientes, 38 fueron clasificados como respondedores y 18 como no respondedores. Los respondedores mostraron mayor edad (59 vs. 46 años p = 0,049), mayor prevalencia de poliposis nasal (66 vs. 29%, p = 0,012) y un recuento de eosinófilos en biopsia más elevado (mediana contaje/campo 4 vs. 1, p = 0,041). Sin diferencias en el número de eosinófilos en sangre ni el FeNO. El sumatorio del score anatopatológico fue superior en respondedores (15 vs. 9, p = 0,035) y se asoció significativamente con el número de eosinófilos en la biopsia, agudizaciones y el índice EXACTO.

**Conclusiones:** Los pacientes respondedores a terapia biológica tienen más edad, más prevalencia de poliposis nasal y mayor número de eosinófilos en tejido bronquial. Los resultados subrayan el valor del análisis anatopatológico como herramientas para predecir la respuesta al tratamiento biológico en asma grave.

## 470. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE EFICACIA DE TEZEPLEMAB TRAS SEIS MESES DE TRATAMIENTO EN ASMA GRAVE NO CONTROLADO

Miguel Martos Maldonado<sup>1</sup>, Alejandro López León<sup>1</sup>, Diego Molina Cabrerizo<sup>2</sup>, Francisco Casas Maldonado<sup>3</sup> y Belén Navas Bueno<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España. <sup>2</sup>Hospital Santa Ana, Motril, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España.

**Introducción:** El asma grave no controlado (AGNC) afecta al 4% de los pacientes con asma grave. El tratamiento biológico ha ampliado las opciones terapéuticas, mejorando el control de esta condición. Tezepelumab, un anticuerpo monoclonal que bloquea la linfopoyetina estromal tímica (TSLP), se presenta como una alternativa eficaz, independientemente del fenotipo inflamatorio del paciente. Nuestro estudio intenta evaluar la eficacia clínica de tezepelumab tras seis meses de tratamiento en pacientes con AGNC.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico retrospectivo de una cohorte de pacientes con AGNC. Se analizó la eficacia clínica de tezepelumab tras seis meses de tratamiento, independientemente del tratamiento habitual para AGNC. Se evaluaron variables demográficas, comorbilidades, función pulmonar, exacerbaciones, uso de corticoides orales y marcadores inflamatorios. Se utilizó el test de Wilcoxon para evaluar la significación estadística de los resultados.

**Resultados:** Cohorte de 44 pacientes (65% mujeres, 35% hombres), con una edad media de 56 años. En cuanto a hábito tabáquico, 4,5% exfumadores y 22,7% fumadores, con ICAT medio de 19,5. Se clasificaron los fenotipos de AGNC como: No T2 (34,1%), T2 alérgica (54,5%) y T2 eosinofílica (11,4%). Las principales comorbilidades fueron sobrepeso/obesidad (68%, IMC medio: 29), Enfermedad por reflujo gastroesofágico (18%) y rinosinusitis crónica/poliposis nasal (10%). La función pulmonar mostró un FEV<sub>1</sub> medio de 66% y un FVC 82%, sin cambios significativos tras seis meses de tratamiento. En los seis meses previos al inicio de tezepelumab, el número medio de exacerbaciones fue de 1,36; tras seis meses de tratamiento, esta cifra descendió a 0,36 (p < 0,001), lo que representa una reducción del 73%. El número medio de ciclos de corticoides en los seis meses previos fue de 1,43; tras seis meses de tratamiento la media descendió a 0,36 (p < 0,001), lo que representa una reducción del 75%.

**Conclusiones:** Tezepelumab demostró eficacia en la reducción de exacerbaciones en pacientes con AGNC, con una disminución del 73%

en el número de exacerbaciones tras seis meses de tratamiento. Tezepelumab demostró eficacia en la reducción de ciclos de corticoides realizados en pacientes con AGNC, con una disminución del 75%. La eficacia de tezepelumab se observó independientemente del fenotipo inflamatorio del AGNC y de la presencia de comorbilidades.

## 289. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DUPIMPACT. EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON DUPILUMAB

**Hemily Katerine Izaguirre Flores<sup>1</sup>, Ebymar Arismendi Núñez<sup>2</sup>, Elena Martín Ruiz de la Rosa<sup>3</sup>, Berta Román Bernal<sup>4</sup>, Irene María de Lorenzo García<sup>3</sup>, Inmaculada Plasencia García<sup>3</sup>, Annetty Juanes Olite<sup>5</sup>, Candelaria Martín García<sup>1</sup>, Yurena Hernández Galván<sup>5</sup>, Cristina Bellver Asperilla<sup>6</sup>, Alberto García de la Fuente<sup>7</sup>, Carlos Cabrera López<sup>8</sup> y Mariana Muñoz Esquerre<sup>9</sup>**

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, La Laguna, España.

<sup>2</sup>Hospital Clínic-CIBERES, Instituto de Salud Carlos III, Barcelona, España. <sup>3</sup>Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España. <sup>4</sup>Hospital Dr. José Molina Orosa, Arrecife, España. <sup>5</sup>Complejo Hospitalario Universitario Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España. <sup>6</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, España. <sup>7</sup>CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto Carlos III, Madrid, España. <sup>8</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España. <sup>9</sup>Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, Universitat de Barcelona, España.

**Introducción:** El dupilumab es un anticuerpo monoclonal anti-IL4R, que inhibe la señalización de la IL-4 y la IL-13, implicadas en la inflamación T2. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de dupilumab en una cohorte multicéntrica en vida real de pacientes con asma grave T2 mal controlados a pesar dosis altas de corticoides inhalados (ICS) más un segundo controlador y realizar una comparativa de la respuesta al biológico usando las escalas EXACTO y FEOS.

**Material y métodos:** Estudio observacional, de corte transversal, multicéntrico en pacientes con asma grave T2 alto, mal controlada, en tratamiento con dupilumab y en seguimiento en consultas especializadas de asma de 7 hospitales de España. Se analizó la respuesta a los 6 y a los 12 meses, en el FEV<sub>1</sub>, ACT, uso de corticoides orales y exacerbaciones. Se utilizaron las escalas EXACTO y FEOS para evaluar la respuesta.

**Resultados:** Se incluyeron 94 pacientes con una edad media de 53,7 años, siendo el 40% mujeres y con un tiempo medio de evolución del asma de 26,48 años. Las características basales de la población se muestran en la tabla 1. A los 6 meses, el ACT mejoró 6 puntos, el FEV<sub>1</sub> aumentó 290 ml, y se logró una reducción del 80,27% de las exacerbaciones con una media de 0,43 ± 0,88. A los 12 meses, el ACT mejoró 7 puntos, siendo en el 96% ≥ 20, el FEV<sub>1</sub> aumentó 310 ml y se redujeron las exacerbaciones en un 77,52% con una media de 0,49 ± 0,86. De los 15 enfermos corticodependientes, 7 los habían

suspendido al año, logrando en el conjunto de la muestra una reducción de la dosis media de prednisona de 6,18 mg/día (tabla 2). En cuanto a las escalas de respuesta al año, la media del FEOS fue 65 puntos [49-74], con una mejora del 92,1% y la media del EXACTO fue 6 puntos [5-7], con una mejora del 71,43% (Figura 1). Según la escala EXACTO la respuesta fue Buena o Completa en el 69,7% de los pacientes, con un 26,7% de superrespondedores. La correlación entre EXACTO y FEOS a los 12 meses fue positiva (R de Spearman 0,64, p < 0,001). El fármaco se suspendió en 10 pacientes (10,64%), 8 por falta de eficacia, 1 por reacción adversa al fármaco y 1 exitus no relacionado a asma.

Tabla 1. Características basales de la población

Variables clínicas (n = 94)	Valor
Edad años	53,74 ± 11,43
Sexo femenino, n (%)	38 (40,4)
IMC Kg/m <sup>2</sup>	26,56 ± 6,3
Tiempo de evolución del asma en años	26,48 ± 16,81
Edad de inicio asma edad años	29,56 ± 16,81
Tabaquismo, n (%)	
Nunca fumador	58 (61,7)
Exfumador	34 (36,2)
Comorbilidades,	
RSCcPN, n (%)	51 (54,3)
Iqx previas n (%)	36 (66,6)
N. <sup>o</sup> intervenciones, m ± DT	1,94 ± 1,5
Rinitis alérgica, n (%)	49 (52,1)
EREA, n (%)	14 (14,9)
Dermatitis, n (%)	11 (11,7)
Ansiedad/Depresión, n (%)	28 (29,8)
Urticaria, n (%)	3 (3,2)
AOS, n (%)	18 (19,1)
Uso de biológico previo, n (%)	
No	30 (31,9)
Sí	64 (68,1)
Omalizumab	18 (19,1)
Mepolizumab	23 (24,5)
Benralizumab	18 (19,1)
Reslizumab	5 (5,3)
Tratamiento inhalado, n (%)	
Triple terapia con ICS dosis altas	79 (84)
LABA/ICS dosis altas	15 (16)
FeNO ppb	75,60 ± 74,09
Eosinófilos/mm <sup>3</sup>	325,43 ± 492,05
IgE UI/ml	420 ± 531,84
Corticodependencia, n (%)	15 (14,9)

Los datos se expresan en medias ± desviación típica. IMC: índice de masa corporal; RSCcPN: rinosinusitis crónica con poliposis nasal; Iqx: intervenciones quirúrgicas; EREA: enfermedad respiratoria exacerbada por los antiinflamatorios no esteroideos; AOS: apnea obstructiva del sueño; ICS: corticoides inhalados; FENO: fracción exhalada de óxido nítrico; IgE: inmunoglobulina E.

**Conclusiones:** Es nuestro estudio, dupilumab a los 6 meses consiguió en un alto porcentaje de pacientes mejoría clínica y de la función pulmonar con una reducción significativa de las exacerbaciones, manteniendo su efectividad al año de tratamiento. Se consiguió además una reducción de la carga de corticoides y se demostró una correlación positiva en las escalas de respuesta FEOS y EXACTO.

Tabla 2. Comunicación 289

Respuesta al dupilumab a los 6 meses y 12 meses

	Basal (n = 94)	A los 6 meses (n = 94)	p	A los 12 meses (n = 71)	p
ACT puntos	13,63 ± 0,53	19,37 ± 0,57	< 0,001	20,28 ± 0,6	< 0,001
Exacerbaciones	2,18 ± 0,19	0,43 ± 0,09	< 0,001	0,49 ± 0,10	< 0,001
FEV <sub>1</sub> litros	2,12 ± 0,72	2,41 ± 0,72	< 0,001	2,43 ± 0,77	< 0,001
FEV <sub>1</sub> %	73,52 ± 2,27	83,06 ± 2,21	< 0,001	84,70 ± 2,62	< 0,001
Corticodependencia: n/total	15/94	12/94	0,533	5/71	0,082
Dosis media mg prednisona al día ± DE*	9,1 ± 7,31	6,60 ± 4,76	0,210	2,92 ± 4,72	0,045

Los datos se expresan en medias marginales estimada (LSM) ± error típico (ET). ACT: asma control test; FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en el 1.<sup>er</sup> segundo; DE: desviación estándar. \*Dosis de pacientes con corticodependencia.

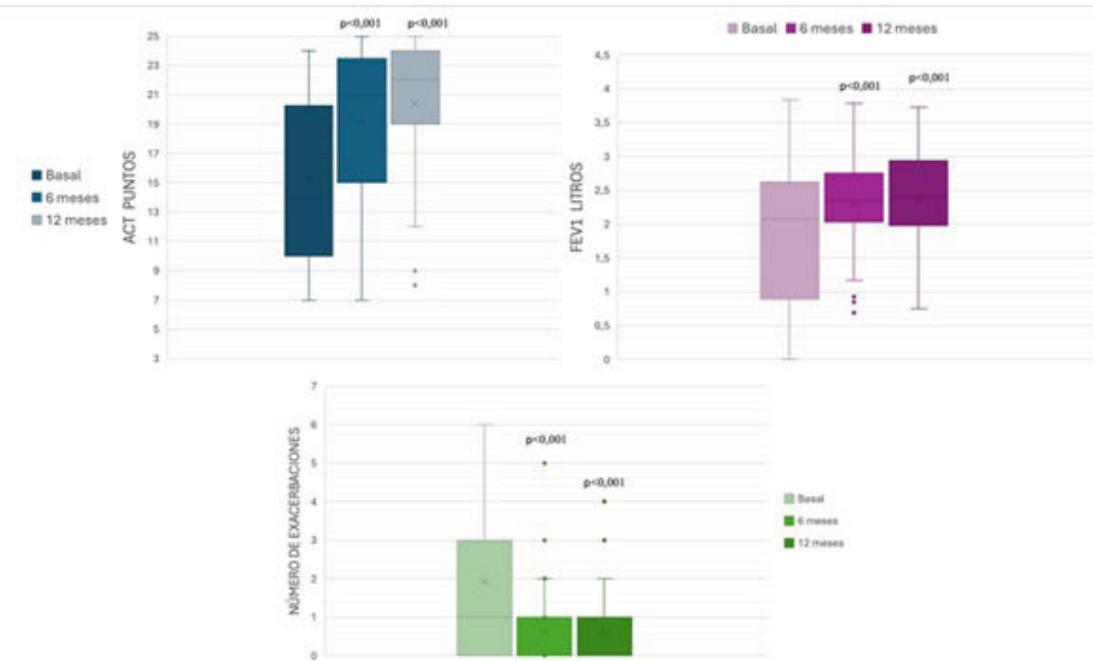


Figura Comunicación 289. Respuesta al dupilumab.

### 328. ETIOLOGÍA DE LAS AGUDIZACIONES ASMÁTICAS GRAVES: COHORTE PROSPECTIVA OBSERVACIONAL DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Florencia Pilia<sup>1</sup>, David Espejo Castellanos<sup>2</sup>, Christian Romero Mesones<sup>2</sup>, María Jesús Cruz Carmona<sup>1</sup>, Xavier Muñoz Gall<sup>2</sup>, Olga Luengo Sánchez<sup>2</sup> e Iñigo Ojanguren Arranz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Vall d'Hebron Institut de Recerca, Barcelona, España. <sup>2</sup>Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.

**Introducción:** Las agudizaciones asmáticas (AA) representan un desafío clínico pese a los avances en terapias personalizadas. Este estudio tuvo como objetivo describir la etiología de las AA y caracterizar el fenotipo inflamatorio predominante.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional y prospectivo que incluyó pacientes afectos de asma en seguimiento por la consulta monográfica de Asma del Hospital Universitario Vall d'Hebron que presentaron una agudización asmática entre octubre de 2022 a octubre de 2023. A los participantes se les proporcionó información educativa y un contacto telefónico directo para notificar las AA. Se excluyeron los pacientes fumadores activos. En todos los pacientes se realizó durante la exacerbación: un hemograma (previo a la toma de corticoides o máximo 48 horas después de su inicio), PCR de virus respiratorios, cultivo de esputo en aquellos que presentaban expectoración, esputo inducido (en caso de FEV > 1,5 L) y el resto de las pruebas realizadas según la práctica clínica habitual. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con los fenotipos inflamatorios del asma.

**Resultados:** Durante el período de inclusión se realizaron 1523 visitas sucesivas en la consulta monográfica de asma. Se recogieron un total de 55 AA (43 pacientes presentaron 1 AA y 6 pacientes 2 AA) de las cuales: 26 (47%) AA fueron de origen viral (9 presentaban coinfección bacteriana), 9 (16%) AA de origen únicamente bacteriano y 18 (33%) AA no infecciosa. Las características demográficas y clínicas basales del total de los pacientes se describen en la tabla 1. Las características, etiología y tratamiento de las AA se describen en la tabla 2. Del total de las 55 AA, 30 (55%) requirieron ingreso hospitalario: 7 (13%) ingreso en UCI, de los cuales 4 (7,3%) necesitaron cánulas nasales de alto flujo y 3 (5,5%) ventilación mecánica invasiva.

Tabla 1. Características demográficas, comorbilidades y pruebas complementarias basales del total de los pacientes

Características basales de la población	N total = 49 (100%)
Género, mujer, n (%)	35 (71,4)
Edad, mediana (Q1, Q3)	46,7 (35,6, 60,9)
Hipertensión arterial, sí, n (%)	10 (20,4)
IMC, mediana (Q1, Q3)	27 (24, 31)
Cardiopatía, sí, n (%)	5 (10,2)
Reflujo gástricoesofágico, sí, n (%)	1 (4,1)
Bronquictasias, sí, n (%)	6 (12,5)
Rinosinusitis crónica con poliposis nasal, sí, n (%)	15 (30,6)
Urticaria, sí, n (%)	8 (16,3)
Intolerancia a AINE, sí, n (%)	19 (39,6)
Pruebas complementarias basales	
Eosinófilos en SP (c/mm <sup>3</sup> ), mediana (Q1, Q3)	400 (300, 700)
FENO ppb, mediana (Q1, Q3)	33,50 (21,25, 85,50)
IgE, mediana (Q1, Q3)	464 (205, 889)
FVC% predicho, mediana (Q1, Q3)	78 (65, 92)
FEV <sub>1</sub> % predicho, mediana (Q1, Q3)	66 (57, 82)
FEV <sub>1</sub> /FVC, mediana (Q1, Q3)	69 (63, 75)
Prueba broncodilatadora positiva, sí, n (%)	22 (45)
Metacolina1 positiva, sí, n (%)	9 (18,4)
Esputo inducido realizado, sí, n (%)	14 (28)
Macrófagos, mediana (Q1, Q3)	18 (10, 37)
Neutrófilos, mediana (Q1, Q3)	64,5 (41,50, 81,65)
Eosinófilos, mediana (Q1, Q3)	2,70 (0,55, 17,20)
Linfocitos, mediana (Q1, Q3)	1,2 (0,12, 1,73)
Prick test positivo, sí, n (%)	23 (46,9)
IgG específicas neumoalérgenos, positiva, sí, n (%)	31 (63,3)
Fenotipo inflamatorio del asma	
T2-Th2, n (%)	35 (71,4)
T2-ILC2, n (%)	12 (24,5)
No-T2, n (%)	1 (4,1)
Gravedad asma, GEMA 5,3	
Escalón 1, n (%)	4 (8,2)
Escalón 2, n (%)	2 (4,1)
Escalón 3, n (%)	3 (6,1)
Escalón 4, n (%)	5 (10,2)
Escalón 5, n (%)	19 (38,8)
Escalón 6, n (%)	16 (32,7)
Tratamiento biológico, sí, n (%)	16 (32,7)
Omalizumab	8 (16,3)
Mepolizumab	2 (4,1)
Reslizumab	1 (2,0)
Benralizumab	4 (8,2)
Dupilumab	1 (2,0)
ACT último, mediana (Q1, Q3)	21 (17, 24)

IMC: índice de masa corporal; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; FENO: óxido nítrico espirado FVC: capacidad vital forzada; FEV1: volumen espirado en el primer segundo; SP: sangre periférica-, ACT: asthma control test; 1n válida = 10.

**Tabla 2. Comunicación 328**

Características inflamatorias, etiología y tratamiento de las agudizaciones asmáticas

Características de las agudizaciones	Total AA N = 55 (100%)	Primer AA N = 49 (89%)	Segunda AA N = 6 (11%)
Eosinófilos en SP (c/mm <sup>3</sup> ), mediana (Q1, Q3)	100 (0, 500)	100 (0, 400)	100 (25, 625)
Esputo inducido realizado, sí, n (%)	6 (11)	6 (12)	0 (0)
Macrófagos, mediana (Q1, Q3)	15 (9,0, 21,25)	15 (9,0, 21,25)	0 (0)
Neutrófilos, mediana (Q1, Q3)	80 (77,75, 82,25)	80 (77,75, 82,25)	0 (0)
Eosinófilos, mediana (Q1, Q3)	3 (1,0, 8,5)	3 (1,0, 8,5)	0 (0)
Linfocitos, mediana (Q1, Q3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0)
Citología nasal realizada, sí, n (%)	14 (25)	10 (20)	4 (67)
Macrófagos, mediana (Q1, Q3)	5 (3,7)	5 (2,6)	7,5 (6,0, 8,75)
Neutrófilos, mediana (Q1, Q3)	93 (92, 94)	94 (93, 94)	87,0 (81,75, 93,0)
Eosinófilos, mediana (Q1, Q3)	1 (0,2)	1 (0,2)	4 (0,75, 8,25)
Linfocitos, mediana (Q1, Q3)	0 (0)	0 (0)	0 (0,0)
Ingresa hospitalario, sí, n (%)	30 (55)	27 (55)	3 (50)
Tratamiento recibido			
Corticoides sistémicos, sí, n (%)	48 (87)	42 (85)	6 (100)
Duración de corticoides sistémicos, días, mediana (Q1, Q3)	10 (7, 20)	10 (6,0, 18,0)	14,5 (10,25, 18,25)
No oxigenoterapia, n (%)	24 (44)	20 (40)	4 (67)
Oxigenoterapia convencional <sup>1</sup> sí, n (%)	14 (25)	13 (26)	1 (17)
CNAF, sí, n (%)	5 (9)	4 (8)	1 (17)
VMI, sí, n (%)	3 (5)	3 (6)	0 (0)
ECMO, sí, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Exitus durante el ingreso, sí, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Etiología			
PCR virus, positiva, n (%)?	26 (47)	25 (51)	1 (17)
Influenza A, n (%)?	5 (9,1)	4 (8,1)	1 (17)
Influenza B, n (%)?	1 (1,8)	1 (2,0)	0 (0)
Virus sincitial respiratorio A y B, n (%)	2 (3,6)	2 (4,1)	0 (0)
Virus <i>parainfluenza</i> , n (%)	1 (1,8)	1 (2,0)	0 (0)
Rinovirus A, n (%)	6 (10,8)	6 (12,2)	0 (0)
Enterovirus, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Metaneumovirus, n (%)	3 (5,4)	3 (6,1)	0 (0)
Coronavirus OC43, 229E, y NL63, n (%)	1 (1,8)	1 (2,0)	0 (0)
Bocavirus, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Adenovirus, n (%)	1 (1,8)	1 (2,0)	0 (0)
SARS-CoV-2, n (%)	6 (10,8)	6 (12,2)	0 (0)
Cultivo de esputo, positivo n (%)	18 (33)	16 (33)	2 (33)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3 (5,4)	3 (6,1)	0 (0)
<i>Haemophilus influenzae</i>	4 (7,2)	4 (8,1)	0 (0)
<i>Staphylococcus aureus</i> meticilin sensible <sup>2</sup>	5 (9,1)	4 (8,1)	1 (16)
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	3 (5,4)	3 (6,1)	0 (0)
<i>Branhamella catarrhalis</i>	2 (3,6)	1 (2,0)	1 (16)
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	1 (1,8)	1 (2,0)	0 (0)
<i>Scedosporium apiospermum</i> complex	1 (1,8)	1 (2,0)	0 (0)
Coexistencia virus + bacteria	9 (16)	9 (18)	0 (0)
No aislamiento (virus y bacterias negativo)	18 (33)	15 (30)	3 (50)

AA: agudizaciones asmáticas; SP: sangre periférica; CNAF: cánulas nasales de alto flujo; VMI: ventilación mecánica invasiva; ECMO: oxigenación mediante membrana de circulación extracorpórea; <sup>1</sup>Mascarilla Venturi o gafas nasales; <sup>2</sup>Cultivos de esputos polimicrobianos

**Conclusiones:** Casi la mitad de las AA fueron de origen viral, destacando al SARS-CoV-2, rinovirus e influenza como los principales agentes, con una proporción considerable de coinfecciones bacterianas. Más de la mitad de las AA requirieron hospitalización, evidenciando su gravedad. Predominó el fenotipo inflamatorio T2-Th2, posiblemente relacionado con la predisposición a exacerbaciones de origen viral. Este estudio resalta la importancia de caracterizar tanto el fenotipo inflamatorio como la etiología infecciosa para optimizar el manejo clínico de las AA.

#### 541. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BENRALIZUMAB

**Aureliano Aís Daza<sup>1</sup>, Sofía Gutiérrez Hernández<sup>1</sup>, Ángel Carmona González<sup>1</sup>, Isabel Castillo Rivillas<sup>1</sup>, Francisco Pérez Grimaldi<sup>2</sup>, Sergio García Morales<sup>2</sup>, Gregorio Soto Campos<sup>2</sup>, María Morales González<sup>3</sup>, Ana Badillo Melgar<sup>3</sup>, Daniel del Castillo Otero<sup>4</sup>, Álvaro Cabeza Serrano<sup>4</sup> y Aurelio Arnedillo Muñoz<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España. <sup>2</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Jerez, España. <sup>3</sup>Servicio de Neumología, Hospital Punta de Europa, Cádiz, España. <sup>4</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz, España.

**Introducción:** Los tratamientos con fármacos biológicos para el asma grave ofrecen una nueva alternativa para el control de la enfermedad, cuando no se alcanzan los objetivos terapéuticos con el tratamiento correcto a dosis plenas. El objetivo de este estudio fue evaluar la respuesta a los 12 meses del inicio del tratamiento con benralizumab en pacientes con asma grave no controlada (AGNC) en seguimiento en 4 hospitales de la provincia de Cádiz.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y ambispectivo, de pacientes con AGNC, en tratamiento con benralizumab. Se registraron datos demográficos, de función pulmonar, comorbilidades, variables clínicas y analíticas, escala de control ACT al inicio y número de agudizaciones e ingresos hospitalarios, en los 12 meses previos y se compararon las variables a los 12 meses de comenzar el tratamiento.

**Resultados:** Se recogieron un total de 73 pacientes (17 varones y 56 mujeres), con una edad media de  $58 \pm 12$  años. De estos, 3 eran fumadores activos y 25 exfumadores. En cuanto a las comorbilidades, 30 (41%) pacientes presentaban rinitis alérgica, 24 (33%) poliposis, 8 (11%) tríada ASA, 13 (18%) bronquiectasias, 12 (16%) ERGE, 7 (10%) osteoporosis y 24 (33%) ansiedad y/o depresión. Nueve (12%) eran corticodependientes. Veinte pacientes habían sido tratados previamente con mepolizumab, 13 con omalizumab y 1 con reslizumab; 39 no habían recibido tratamiento con ningún otro biológico previamente. Se observó una mejoría significativa en el número de las agudizaciones con

una reducción del 61% ( $2,96 \pm 2,41$  vs.  $1,17 \pm 1,80$  p < 0,0001), de asistencias a urgencias ( $1,19 \pm 2,16$  vs.  $0,60 \pm 1,48$  p < 0,0001), de los ingresos hospitalarios ( $0,15 \pm 0,52$  vs.  $0,13 \pm 0,53$  p < 0,015) y del número de ciclos de corticoides orales ( $2,75 \pm 1,94$  vs.  $0,98 \pm 1,51$  p < 0,0001). Asimismo, se observó mejoría en el FEV<sub>1</sub> ( $1,940,29 \pm 857,18$  ml vs.  $1,974,64 \pm 830,25$  ml p < 0,0001), FVC ( $2,783,91 \pm 1,065,96$  ml vs.  $2,832,92 \pm 1,032,85$  ml p < 0,0001), en la puntuación media del ACT ( $12,90 \pm 4,88$  vs.  $18,25 \pm 5,54$  p < 0,0001) y una disminución de la cifra de eosinófilos en sangre periférica ( $521,13 \pm 411,20$  vs.  $53,62 \pm 212,44$  p < 0,0001) y de la IgE ( $197,01 \pm 261,57$  vs.  $173,40 \pm 208,39$  p < 0,0001).

**Conclusiones:** En el grupo de pacientes estudiados, el tratamiento con benralizumab proporcionó una mejora significativa en el control del asma, número de agudizaciones con una reducción del 61%, ingresos hospitalarios y necesidad de corticoides orales, así como de la función pulmonar.

## 99. EVALUACIÓN DE LAS EXACERBACIONES DE ASMA EN URGENCIAS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DERIVACIONES Y DESAFÍOS EN LA GESTIÓN ASISTENCIAL

**Isabel Romero Espejo**, Cristina María Carrasco Carrasco, Carmen Cabrera Galán, Francisco Pérez Grimaldi y José Gregorio Soto Campos

UGC de Neumología y Alergia, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, España.

**Introducción:** El asma bronquial es una enfermedad crónica cuya prevalencia ha ido en aumento, necesita una gestión eficaz de las exacerbaciones para mejorar su pronóstico a largo plazo. Este estudio tiene como objetivo analizar los criterios de derivación y las características clínicas de estos pacientes.

**Material y métodos:** Este estudio retrospectivo descriptivo examina a pacientes que acudieron a urgencias por exacerbación de asma en el Hospital de Jerez, entre septiembre de 2022 y septiembre de 2023. Se recogieron datos demográficos, gravedad del asma, características clínicas y severidad de los episodios.

**Resultados:** Durante el estudio, 189 pacientes asistieron a urgencias por exacerbación asmática. La mayoría fue derivada a atención primaria (59,8%), seguida de alta a domicilio (12,2%), ingreso hospitalario (15,3%), derivación a neumología (11,2%) y un pequeño grupo en alta voluntaria (1,8%). La edad promedio fue de 49 años, con una mayoría de mujeres (65,7%). Tras revisión, se confirmó asma en 114 casos, descartándose en 25 y 50 sin seguimiento en consulta. El puntaje promedio de ACT fue de 18, indicando un control variable, con el 35,4% de los varones con  $\leq 15$ , el 14,6% entre 16-19 y el 50% por encima de 20. La adherencia al tratamiento medida por TAI fue mala en 16,7%, intermedia en 61,1% y buena en 22,2%. En cuanto al insomnio, el 18,8% tenía insomnio moderado y el 10,4% severo. Las pruebas analíticas indicaron niveles de eosinófilos > 300 en el 43,7% y una IgE media de 348 UI/ml. En cuanto a la severidad del asma, el 41,3% presentaba asma persistente grave, el 28,3% persistente moderada, el 21,7% intermitente y el 8,7% leve. Entre los 38 pacientes catalogados con asma grave, el 40% no estaba bajo control por neumología.

**Conclusiones:** El control del asma podría mejorar con mayor cumplimiento de las guías clínicas, ya que la baja adherencia al tratamiento y el insomnio frecuente dificultan el manejo de la enfermedad y afectan la calidad de vida. Además, altos niveles de eosinófilos parecen asociarse a mayor riesgo de exacerbaciones. Los pacientes con asma grave (28 mujeres y 10 hombres, edad media 61 años), 23 estaban en seguimiento y 10 recibieron tratamiento biológico: 3 benralizumab, 1 tezepelumab, 4 dupilumab y 2 reslizumab. Algunos pacientes con exacerbaciones tenían comorbilidades (trastornos emocionales, obesidad y apnea obstructiva del sueño). De los 15 no controlados: en 6 se confirmó el diagnóstico, otros 9 las comorbilidades dificultaban el diagnóstico. Actualmente, 6 pacientes siguen en evaluación.

## 173. EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO CON BENRALIZUMAB A LARGO PLAZO

**Marta Arteaga Romero**, Laura Isabel López Duque, Daniel Laorden Escudero, Inés Torrado Español, María Alejandra Castillo Ramírez, Pablo Mariscal Aguilar, Lucía Esteban Baloira, Victoria Arnalich Montiel, Itsaso Losantos García, David Romero Ribate, Javier Domínguez Ortega, Santiago Quirce Gancedo y Rodolfo Álvarez-Sala Walther

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

**Introducción:** El objetivo principal fue estudiar la evolución de la sintomatología respiratoria y de la función pulmonar en pacientes con asma grave tratados con dosis altas de glucocorticoides inhalados (GCI), (1.001-2.000 µg de beclometasona dipropionato o equivalente), según la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) 5,4, así como la posible reducción de dichas dosis en pacientes tratados con benralizumab durante al menos tres años.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo longitudinal unicéntrico. Se recopilaron datos de pacientes adultos con asma grave de difícil control situados en el sexto escalón terapéutico cuando iniciaron benralizumab y cuyo seguimiento se realizó desde enero de 2020 hasta diciembre de 2023. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, parámetros espirométricos, Asthma Control Test (ACT); exacerbaciones, dosis de glucocorticoides orales (GCO) y la posible reducción de GCI.

**Resultados:** Se incluyeron 25 pacientes adultos con asma grave de difícil control. El 64% fueron mujeres de 62 [30-81] años. Las características de los pacientes figuran en la tabla 1. Al año de iniciar benralizumab, se redujo la dosis de GCI a dosis medias (501-1.000 µg de beclometasona dipropionato o equivalente) en el (35,3%, n = 6) de los pacientes con asma eosinofílica; (60%, n = 4) de los pacientes con fenotipo mixto (alérgico-eosinofílico) y en el único paciente con asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (ACO) (4%). Todos ellos mejoraron el ACT y no deterioraron la función pulmonar. Tras dos años, la dosis de GCI se redujo en un 11,7% más (n = 2) de los pacientes con asma eosinofílica y en el 40% restante (n = 3) de los pacientes con asma mixta. Ningún grupo deterioró la función pulmonar. Tras tres años, se redujo la dosis de GCI en otro paciente con asma eosinofílica (53%, n = 9). 17 de 25 pacientes (68%) quedaron con dosis medias de GCI, manteniéndose estable la función pulmonar. No fue posible reducir los GCI a dosis bajas (200-500 µg de beclometasona dipropionato o equivalente) en ningún paciente. Los resultados de los pacientes que redujeron la dosis de GCI aparecen en la tabla 2.

Tabla 1. Características de los pacientes con asma grave que iniciaron tratamiento con benralizumab

Características de los pacientes	n (%)
Sexo (mujer)	16 (64)
Edad de diagnóstico del asma > 18 años	24 (96)
Fenotipo de asma	17 (68)
Eosinofílico	7 (28)
Mixto (alérgico-eosinofílico)	1 (4)
ACO	8 (32)
Estado de fumador	17 (68)
No fumador	11 (44)
Exfumador	13 (52)
Rinitis alérgica	1 (4)
Poliposis nasal	1 (4)
ABPA	2 (8)
Bronquiectasias	12 (48)
ERGE	1 (4)
AOS	1 (4)
Ansiedad	1 (4)
Agudizaciones antes del inicio del fármaco biológico	16 (64)

n: número de pacientes; ACOS: solapamiento asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ABPA: aspergilosis broncopulmonar alérgica; ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico; AOS: apnea obstructiva del sueño.

**Conclusiones:** Tras tres años de tratamiento con benralizumab, se redujo la dosis de GCI, las exacerbaciones y la dependencia a los GCO

**Tabla 2. Comunicación 173**

Resultados de los pacientes en tratamiento con benralizumab en los que se redujo la dosis de corticoides inhalados

	Año 1 posbiológico	Año 2 posbiológico	Año 3 posbiológico				
Total de pacientes que redujeron GCI (n, %)	10 (40%)	14 (56%)	16 (64%)				
Pacientes con asma de fenotipo eosinofílico que redujeron GCI (n, %)	6 (35,3%)	8 (47%)	9 (53%)				
Pacientes con asma de fenotipo mixto (alérgico-eosinofílico) que redujeron GCI (n, %)	4 (60%)	6 (85,7%)	7 (100%)				
	Basal prebiológico	Año 1 posbiológico	p	Año 2 posbiológico	p	Año 3 posbiológico	p
FEV <sub>1</sub> (l) (media; DE)	2,1; 0,8	2,3; 0,8	0,51	2,3; 0,9	0,44	2,2; 0,9	0,55
FEV <sub>1</sub> (pp) (media; DE)	71,5; 21,5	79,8; 22,5	0,19	79,8; 23,4	0,19	80,8; 20,8	0,13
FeNO (ppb) (media; DE)	71,5; 55,2	57,1; 50,9	0,41	58,3; 56,3	0,47	58,7; 59,2	0,51
ACT (mediana [p25-p75])	16,5 (13-20)	23,5 (21-25)	< 0,01	21 (17-25)	< 0,01	20 (15-25)	< 0,01
Reducción de GCO en exacerbaciones (n, %)	-	4 (44%)	< 0,01	4 (27%)	< 0,01	2 (14%)	< 0,01
Reducción del uso de LAMA n, %)	-	3 (19%)	0,37	8 (50%)	0,03	0 (0%)	0,03
Reducción del uso de antileucotrientos, %)	-	2 (13%)	0,38	6 (40%)	0,25	8 (53%)	0,09
Recuento de eosinófilos en sangre (cels./μl)	460 (230-710)	5 (0-25)	< 0,01	0 (0-10)	< 0,01	0 (0-10)	0,01
(mediana [p25-p75])							

\*n: número; SD: desviación estándar; FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en un segundo; FeNO: fracción exhalada de óxido nítrico; ACT: Asthma Control Test; GCO: glucocorticoides orales; LAMA: anticolinérgicos de acción prolongada; ml: mililitros; pp: porcentaje del predicho; ppb: partes por billón; cels.: células.

y mejoró el control de la sintomatología sin deteriorar la función pulmonar. Así, la reducción de GCI a dosis medias es segura, postulándose el bernalizumab como una opción terapéutica efectiva para reducir la carga de tratamiento inhalado en pacientes con asma grave.

### 329. EXACERBACIONES EN PACIENTES CON ASMA EN FUNCIÓN DEL FENOTIPO INFLAMATORIO: ¿INFLUYE EL MICROBIOMA BRONQUIAL?

**Eduardo Vélez Segovia**<sup>1</sup>, Esther Palones Femenia<sup>1</sup>, Rosa del Campo<sup>2</sup>, Elena Curto Sánchez<sup>3</sup>, Raquel Barbero Herranz<sup>2</sup>, José Avendaño Ortiz<sup>2</sup>, Leticia Gómez Artigüez<sup>2</sup>, Eder Mateus Medina<sup>1</sup>, Anna Pelegrí Pedret<sup>1</sup>, Vicente Plaza Moral<sup>1</sup> y Astrid Crespo Lessmann<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología y Alergia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. <sup>2</sup>Servicio de Microbiología, Instituto Ramón y Cajal del Investigación Sanitaria (IRYCIS), Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. <sup>3</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Salamanca, España.

**Introducción:** El asma es un síndrome heterogéneo y con fenotipos inflamatorios que difieren en su fisiopatología y respuesta al tratamiento. Tradicionalmente en el asma grave, la inflamación neutrofílica se asocia a infecciones y alteraciones del microbioma, destacando un aumento de proteobacterias patógenas. Sin embargo, del microbioma de la inflamación eosinofílica existe poca literatura. El

estudio del microbioma y su relación con el asma eosinofílica o no eosinofílica podría aportar nuevos enfoques terapéuticos.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de 12 meses de seguimiento de 45 pacientes con asma. Se registraron datos clínico-funcionales, fenotipo inflamatorio del esputo y exacerbaciones. Se definió fenotipo eosinofílico si > 300 células/μL en sangre. Se analizó el microbioma del esputo inducido durante una exacerbación o fase de estabilidad mediante secuenciación masiva del ADN 16S rADN (MiSeq, Illumina) y bases de datos taxonómicas. Se realizó un análisis discriminante del tamaño del efecto lineal (LEFSe) para evaluar qué taxones explicaban las diferencias entre grupos. La diversidad alfa (Chao1, Shannon, Faith-PD) y beta (Unifrac unweighted y weighted) se evaluaron con QIIME2.

**Resultados:** Las principales características clínicas, funcionales e inflamatorias se muestran en la tabla. Los pacientes con fenotipo eosinofílico (46,7%) presentaron mayor frecuencia de exacerbaciones durante el seguimiento ( $p = 0,004$ ) y una tendencia no significativa a mayor hipersecreción bronquial y signos de broncopatía en el TC de tórax. El análisis del microbioma mostró mayor diversidad en pacientes con eosinofilia (Faith-PD,  $p = 0,006$ ; unweighted UniFrac,  $p = 0,016$ ) (fig.), sin diferencias en abundancia de especies (weighted UniFrac). No se observaron diferencias en la alfa y beta diversidad entre las muestras de pacientes en fase estable en comparación con pacientes con exacerbación, sin embargo, en estos últimos se observó una mayor presencia de *Moraxella* y *Pseudomonas*.

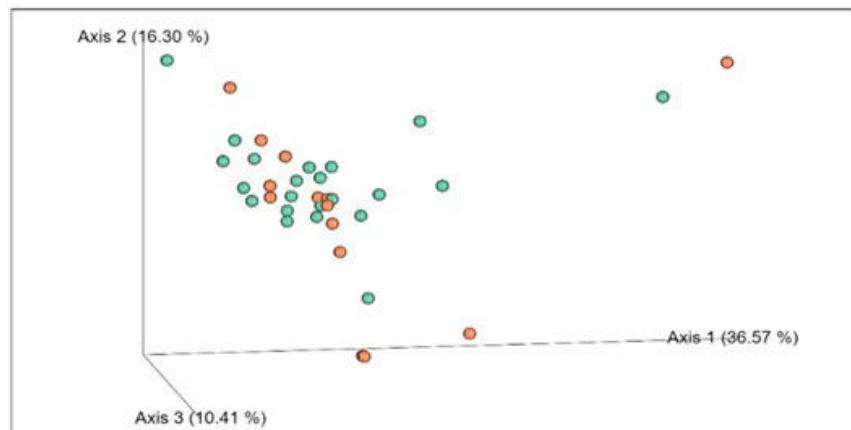


Figura 1. Comunicación 329. Análisis de coordenadas principales (PCoA) basado en el índice Unifrac unweighted, que muestra la composición microbiana de cada muestra. Cada punto representa una muestra individual. Los pacientes con eosinofilia periférica (naranja) presentan mayor heterogeneidad microbiana, reflejada en su mayor dispersión, mientras que los pacientes sin eosinofilia periférica (verde) tienen una microbiota más homogénea. Los ejes explican el 36,57%, 16,30% y 10,41% de la variabilidad total, respectivamente, lo que sugiere diferencias significativas en la composición microbiana entre ambos grupos ( $p = 0,016$ ).

Tabla 1. Comunicación 329

Características demográficas y clínicas de los pacientes en total y subdividido según el fenotipo eosinofílico o no eosinofílico

	Fenotipo eosinofílico (n = 21)	Fenotipo no eosinofílico (n = 24)	p	Fenotipo eosinofílico (n = 21)	Fenotipo no eosinofílico (n = 24)	p
Edad (años)	65 (44-75)	62 (52,5-71,5)	0,85	Función pulmonar		
Varones	13 (61,90%)	10 (41,67%)	0,18	FVC%	94,06 (4,26)	91,3 (6,81) 0,74
IMC kg/m <sup>2</sup>	28,9 (5,58)	28,6 (4,42)	0,83	FEV,%	78,26 (12,21)	81,57 (26,19) 0,61
Tabaquismo				FEV <sub>1</sub> /FVC (%)	66,86 (10,21)	65,35 (11,47) 0,66
Nunca fumador	11 (52,38%)	17 (70,83%)	0,31	PBD positiva	6 (42,86%)	6 (33,33%) 0,58
Exfumador	7 (33,3%)	6 (25%)		FeNO (ppb)	29 (18,5-48)	14,5 (11-26) 0,03
Fumador activo	3 (14,29%)	1 (4,17%)		Prick test positivo	11 (61,11%)	16 (72,73%) 0,43
Comorbilidades				Exacerbaciones frecuentes***	8 (38,10%)	5 (20,83%) 0,20
HTA	10 (47,6%)	11 (45,8%)	0,91	Ingreso en los últimos 12 meses	7 (33,3%)	3 (12,50%) 0,09
Diabetes	3 (14,3%)	1 (4,2%)	0,23	Atenciones en Urgencias o HDR en los últimos 12 meses	1,08 (1,26)	0,63 (0,88) 0,23
Dislipemia	10 (47,6%)	11 (45,8%)	0,91	Al menos una exacerbación durante el seguimiento	20 (95,24%)	14 (58,33%) 0,004
Obesidad	9 (42,9%)	11 (45,8%)	0,84	Datos durante exacerbación		
Reflujo gástricoesofágico	7 (33,3%)	9 (37,5%)	0,77	Causa de la exacerbación		
Poliposis nasal	3 (14,29%)	6 (25%)	0,37	Desconocida	3 (15%)	2 (14,29%) 0,99
Disminución del olfato	4 (19,05%)	5 (20,83%)	0,88	Alergeno	8 (40%)	6 (42,86%) 0,99
Rinitis	13 (61,90%)	13 (54,17%)	0,60	IRVB	9 (45%)	6 (42,86%) 0,99
Sinusitis	2 (9,52%)	2 (8,33%)	0,89	Uso de antibioterapia	16 (80%)	10 (71,43%) 0,56
Hipersecreción bronquial	7 (33,3%)	3 (12,50%)	0,09	Cultivo de esputo positivo****	3 (14,29%)	1 (4,55%) 0,27
Características del asma				Control a los 3-6 meses		
Edad de inicio del asma media (años)	33 (22,5-58)	20,5 (3-45)	0,08	FVC%	91,33 (20,58)	90,38 (19,65) 0,91
Dosis alta de ICS	10 (47,6%)	11 (45,83%)	0,41	FEV,%	74,58 (13,44)	79,63 (22,68) 0,54
Biológico	2 (9,52%)	1 (4,17%)	0,47	FEV <sub>1</sub> /FVC (%)	65,33 (9,79)	66,74 (12,40) 0,78
Signos de broncopatía*	12 (57,14%)	7 (29,17%)	0,06	PBD positiva)	2 (33,33%)	0 (0%) 0,2
Analítica y esputo inducido				FeNO (ppb)	34,6 (35,80)	19,75 (2,5) 0,43
Eosinófilos en sangre ( $\times 10^9/L$ )	750 (590-860)	165 (127-205)	< 0,001	Eosinófilos en sangre ( $\times 10^9/L$ )	340 (140-630)	80 (50-300) 0,07
IgE total (IU/mL)	159 (28,7-261)	36,5 (23,9-218,5)	0,45	Control a los 12 meses		
% de eosinófilos en esputo inducido**	3 (1,6-5,2)	2 (1-3,35)	0,45	FVC%	91,6 (17,08)	88,27 (20,49) 0,68
% de neutrófilos en esputo inducido**	49,32 (28,35)	59,77 (27,08)	0,57	FEV,%	76,7 (23,67)	74,47 (24,56) 0,82
Fenotipo según esputo inducido**				FEV <sub>1</sub> /FVC (%)	63,32 (12)	65,3 (12,61) 0,7
Paucigranulocítico	0 (0%)	4 (44,4%)	0,14	PBD positivo	3 (42,86%)	2 (40%) 0,92
Eosinofílico	3 (60%)	1 (11,1%)	0,14	FeNO (ppb)	16,67 (7,57)	20 (12,90) 0,69
Neutrofílico	2 (40%)	3 (33,3%)	0,14	Eosinófilos en sangre periférica ( $\times 10^9/L$ )	370 (180-600)	170 (95-330) 0,048
Mixto	0 (%)	1 (11,1%)	0,14			

Las variables categóricas se expresan en valor absoluto y porcentaje (n y %). Las variables numéricas están expresadas en media (DE) o mediana (IQR) según corresponda. Se considera significancia estadística a partir de p < 0,05. FeNO: fracción espirada de óxido nítrico; FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; FVC: capacidad vital forzada; HDR: hospital de día de respiratorio; HTA: hipertensión arterial; ICS: corticoide inhalado; IgE: inmunoglobulina E; IRVB: infección respiratoria de vías bajas; PBD: prueba broncodilatadora; TC: tomografía computarizada. \*Se incluyó paciente con bronquictasias, engrosamientos bronquiales y/o atrapamiento aéreo; \*\*Se analizaron 13 muestras de esputo inducido, de los cuales 5 eran de fenotipo eosinofílico; \*\*\*Los pacientes considerados exacerbadores frecuentes presentaban al menos 2 exacerbaciones al año con requerimiento de corticoterapia oral; \*\*\*\*Hubo solo 4 esputos con resultado positivo, 3 positivos para *Haemophilus influenzae* y 1 para *Proteus mirabilis*

**Conclusiones:** Existen diferencias en la diversidad microbiana y frecuencia de exacerbaciones entre los fenotipos eosinofílico y no eosinofílico, sugiriendo un posible papel del microbioma en la fisiopatología del asma. La presencia de *Moraxella* y *Pseudomonas* en pacientes con exacerbaciones destaca como un posible vínculo con la gravedad clínica, abriendo vías para su exploración como objetivo terapéutico.

## 423. EXPERIENCIA CON MEPOLIZUMAB EN GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Carmen Vizoso Gálvez, Pedro Manso Tejerina, Alba García Martínez y Rocío Díaz Campos

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

**Introducción:** La granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA) es una vaculitis de pequeño vaso, poco frecuente, que asocia eosinofilia, asma y enfermedad nasosinusal entre otras manifestaciones. Mepolizumab (MPZ), anticuerpo monoclonal dirigido contra interleuquina-5, es el primer fármaco biológico aprobado con esta indicación. Ha demostrado aumentar la probabilidad de remisión, disminuir la tasa de recaídas y reducir la necesidad de corticoides orales (CO). El objetivo del estudio fue describir las características de los pacientes con GEPA en tratamiento con MPZ.

Tabla 1. Características de los pacientes con GEPA en tratamiento con mepolizumab

GEPA en tratamiento con mepolizumab	N = 4
Edad (mediana, mín.-máx.)	54,5 (54-61)
Sexo	
Mujer	2 (50%)
Hombre	2 (50%)
Tabaquismo	
No fumador	1 (25%)
Exfumador	3 (75%)
Índice paquete/año (mediana, mín.-máx.)	3,5 (0-7)
Índice de masa corporal (mediana, mín.-máx.)	24,2 (21-25)
Eosinófilos periféricos (mediana, mín.-máx.)	450 (100-1.500)
Inmunoglobulina E total (mediana, mín.-máx.)	71 (60-80)
Edad al diagnóstico de GEPA (mediana, mín.-máx.)	43,5 (23-54)
Diagnóstico anatopatológico	2 (50%)
Anticuerpo anticitoplasma de neutrófilo positivo	1 (25%)
Afección orgánica	
Infiltrados pulmonares	1 (25%)
Nasosinusal	4 (100%)
Neurológica	2 (50%)
Dérmica	2 (50%)
Asma	
Inicio tardío	4 (100%)
Fenotipo asma	3 (75%)
Th2 eosinofílico	2 (50%)
Th2 eosinofílico y alérgico	2 (50%)
Enfermedad nasosinusal	4 (100%)
Con poliposis	3 (75%)
Enfermedad respiratoria exacerbada por aspirina	1 (25%)
Osteoporosis esteroidea	3 (75%)
Insuficiencia suprarrenal iatrogénica	3 (75%)

Tabla 2. Evolución de los pacientes con GEPA en tratamiento con mepolizumab

Tiempo de seguimiento (meses) (mediana, mín.-máx.): 29,5 (11-78)	Inicial N = 4	3 meses N = 4	6 meses N = 4	12 meses N = 3	24 meses N = 2	48 meses N = 1
Eosinófilos periféricos (mediana, mín.-máx.)	450 (100-1.500)	50 (0-200)	100 (100-200)	100 (100-100)	50 (0-100)	0
FVC prebroncodilatador (ml, %) (mediana, mín.-máx.)	4.165 (3.260-5.710) 107,5% (97-124%)	3.830 (3.670-5.360) 107,5% (96-125%)	4.210 (3.540-5.550) 105,5% (103-136%)	4.650 (3.620-5.380) 104% (100-109%)	4.955 (4.480-5.430) 102% (101-103%)	5.180 108%
FEV <sub>1</sub> prebroncodilatador (ml, %) (mediana, mín.-máx.)	3.125 (1.730-4.740) 98,5% (65-130%)	2.865 (2.050-4.430) 93% (77-126%)	3.190 (2.010-4.560) 96,5% (76-141%)	3.400 (2.130-4.030) 89% (80-97%)	3.600 (3.280-3.920) 91,5% (89-94%)	3.680 93%
FEV <sub>1</sub> /FVC (%) (mediana, mín.-máx.)	76% (53-83%)	74,5% (56-83%)	76% (57-82%)	73% (59-75%)	72,5% (72-73%)	71%
Prueba broncodilatadora positiva	0 (0%)	1 (25%)	1 (25%)	1 (33,33%)	0 (0%)	0 (0%)
FeNO (ppb) (mediana, mín.-máx.)	26 (15-31)	23,5 (16-31)	24 (18-41)	35,5 (29-42)	32 (28-36)	14
Corticoides orales de mantenimiento	3 (75%)	2 (50%)	1 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Prednisona (mg) (mediana, mín.-máx.)	5 (2,5-25)	7,5 (5-10)	2,5	-	-	-
Reducción de dosis	-	1 (50%)	1 (100%)	-	-	-
Fármaco ahorrador de corticoides de mantenimiento	3 (75%)	3 (75%)	3 (75%)	2 (66,67%)	1 (50%)	1 (100%)
Azatioprina (mg) (mediana, mín.-máx.)	125 (50-150)	125 (50-150)	125 (50-150)	100 (50-150)	75	50
Suspende tratamiento	-	-	-	-	1 (50%)	-
Reducción de dosis	-	-	-	-	-	1 (100%)
Inicia tratamiento	-	-	-	-	1 (50%)	-
Mepolizumab	4 (100%)	4 (100%)	4 (100%)	3 (100%)	2 (100%)	1 (100%)
100 mg cada 4 semanas	1 (25%)	1 (25%)	1 (25%)	1 (33,33%)	-	-
200 mg cada 4 semanas	-	-	-	-	1 (50%)	1 (100%)
300 mg cada 4 semanas	3 (75%)	3 (75%)	3 (75%)	3 (75%)	1 (50%)	-
Recaída	-	0 (0%)	1 (25%)	1 (33,33%)	1 (50%)	1 (100%)
Hospitalización	-	-	-	-	-	-

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo incluyendo pacientes con GEPA en tratamiento con MPZ entre 2018 y 2024 en un hospital terciario. Se registraron variables demográficas, analítica (eosinofilia, ANCA), afectación orgánica, diagnóstico anatomo-patológico, comorbilidades. Se registraron pruebas de función respiratoria (PFR), tratamiento con CO (dosis en miligramos de prednisona, reducción de dosis), IS (fármaco, dosis, reducción de dosis) y dosis de MPZ iniciales. Se registraron a los 3, 6, 12, 24 y 48 meses de iniciar MPZ. Se registraron recaídas y eventos adversos que resultaran en retirada de MPZ.

**Resultados:** Se incluyeron 4 pacientes, la Tabla 1 recoge sus características. El 50% tenía diagnóstico anatomo-patológico, el 25% ANCA positivo (anti-MPO). Todos presentaban asma y enfermedad nasosinusal, el 75% complicaciones secundarias a CO. Un paciente

precisaba tratamiento con CO, uno con IS y 2 con CO/IS. En el 75% se inicia MPZ 300 mg/4 semanas, 1 paciente inicia MPZ 100 mg que se aumenta a 200mg a los 48 meses. A los 6 meses de iniciar MPZ se había reducido dosis (33,33%) o suspendido CO (66,67%). No se modificó el tratamiento con IS a los 6 meses de iniciar MPZ. A los 24 meses se suspendió IS en 1 paciente tras optimizar dosis de MPZ, en 1 se introdujo a pesar de MPZ 300 mg (fig.). El 25% había presentado recaídas leves a los 6 meses, sin requerir hospitalización. La evolución de PFR, tratamiento y recaídas se representa en Tabla 2. No se retiró MPZ por evento adverso en ningún caso.

**Conclusiones:** Las presentaciones clínicas predominantes fueron el asma bronquial y la enfermedad nasosinusal seguidas de la afectación neurológica y dérmica. A los 6 meses de iniciar MPZ se redujo (33,33%) o suspendió el tratamiento con CO (66,67%), no se modificó

Figura 1. Esquema terapéutico de pacientes con GEPA en tratamiento con Mepolizumab.



Esquema terapéutico de pacientes con GEPA en tratamiento con mepolizumab.

el tratamiento con IS. No hubo recaídas que precisaran hospitalización ni eventos adversos graves asociados a MPZ.

## 960. EXPERIENCIA CON TEZEPLEMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**Manuel Mor Martínez**, Tinixara Hernández Hernández, Luis Puente Maestu y Aylaf Latif Essa

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

**Introducción:** El asma grave no controlada (AGNC) se define como aquella forma de asma que sigue mal controlada a pesar de recibir tratamiento con una combinación de GCI/LABA a dosis elevadas durante el último año, o bien con glucocorticoides orales durante al menos 6 meses en el mismo período. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de tezepelumab, un anticuerpo monoclonal dirigido a la TSLP, una alarmina que actúa en la parte superior de la cascada inflamatoria, en pacientes con AGNC.

**Material y métodos:** Estudio observacional y prospectivo en pacientes con AGNC, tratados con tezepelumab durante más de 6 meses. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico conforme a los criterios de GEMA (Guía Española del Manejo del Asma), que habían recibido tratamiento previo con GCI/LABA/LAMA y habían tenido exacerbaciones. Se evaluaron las exacerbaciones y su gravedad, la función pulmonar y el control mediante cuestionarios de calidad de vida como el ACT.

**Resultados:** Se incluyó a 12 pacientes, 9 mujeres (75%) y 3 hombres (25%), con una edad media de 58 años. Nueve eran no fumadores (75%) y tres exfumadores (25%). En cuanto al fenotipo, un paciente presentaba asma T2 alérgica (8,3%), seis pacientes tenían asma T2 eosinofílica (50%) y cinco pacientes con asma no T2 (41,7%). El 50% de los pacientes había experimentado fracaso terapéutico con biológicos previos. Antes de iniciar el tratamiento con tezepelumab, la media del ACT era de 9 y la media de exacerbaciones anuales era de 2,4, con el 50% de los pacientes requiriendo ingreso en UCI. Tras el tratamiento, el FEV<sub>1</sub> aumentó en el 75% de los pacientes (con un incremento medio de 269 ml). El FeNO disminuyó en el 75% de los evaluados con una mediana de 11, siendo la mediana del FeNO previo al tratamiento de 17. El ACT aumentó a una media de 14,4 y el 25% de los pacientes no presentó exacerbaciones siendo la media de las mismas a los 6 meses de inicio de tratamiento de 0,83. Constituye una disminución de las exacerbaciones del 66%. No se reportaron efectos adversos.

**Conclusiones:** Tezepelumab muestra un impacto positivo en el control del AGNC, con una reducción de exacerbaciones, mejora en la calidad de vida y en la función pulmonar. Además, no se registraron efectos adversos ni se suspendió el tratamiento en ningún paciente. Limitamos el uso de tezepelumab a pacientes con fracaso de otros tratamientos biológicos. Sin embargo, cada vez lo estamos prescribiendo más en pacientes *naïve*, en los que ha mostrado resultados sumamente prometedores.

## 623. EXPERIENCIA CON TEZEPLEMAB EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

**Jorge Rábago Castro**, Beatriz Arias Arcos, César Araque Molina, Ismael Ali García, David Martos Ruiz, Inmaculada Castillo Gil, Julio Hernández Vázquez, Belén López-Muñiz Ballesteros, Mariara Calderón Alcalá, Silvia Martín Bote, Elena Rodríguez Jimeno, Miguel Suárez Ortiz, África Alcorta Mesas, Isabel Andrade Vela y María Jesús Buendía García

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.

**Introducción:** Tezepelumab es la última terapia biológica aprobada para el asma grave no controlada. Su bloqueo de la linfopoyeti-

na estromal tímica (TSLP) mejora el control del asma en pacientes con perfiles inflamatorios T2 y no T2. El objetivo fue describir la experiencia de la unidad de asma de un hospital terciario con los 10 primeros pacientes tratados con tezepelumab.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo en la unidad de asma de Neumología, que analizó variables demográficas y el perfil inflamatorio de los pacientes. Se evaluaron eosinófilos en sangre, ACT, FEV<sub>1</sub> y agudizaciones durante los seis meses previos y posteriores al tratamiento con tezepelumab, así como los biológicos utilizados previamente.

**Resultados:** De los diez pacientes recogidos, el 60% eran mujeres, con una edad media de  $51 \pm 8,4$  años. El 70% de la muestra presentó un perfil inflamatorio tipo T2. Los resultados del análisis de variables 6 meses antes del tratamiento con tezepelumab y en los 6 meses posteriores al inicio de tezepelumab se muestran en la (tabla 1). Se realizó una distinción entre los pacientes que habían recibido tratamiento biológico previamente y aquellos que no lo habían recibido (*naïve*), observándose diferentes resultados (tabla 2). No hubo cambios estadísticamente significativos en ninguno de los dos grupos. Sin embargo, en los pacientes que recibieron biológico previo, mejoró el ACT, disminuyó el FeNO y las agudizaciones, aunque no hubo mejora en la función pulmonar. En el grupo *naïve*, la función pulmonar mejoró de manera no significativa, además del ACT, FeNO y disminución del número de agudizaciones. En los pacientes no T2 ( $n = 3$ ), se observó una mejora en la función pulmonar, con un aumento de  $190 \text{ ml} \pm 257$  en el FEV<sub>1</sub>, una mejora de  $7 \pm 2,61$  puntos en el ACT, y una reducción en las agudizaciones, con una media de 0,33 agudizaciones en los 6 meses posteriores. En los pacientes T2 ( $n = 7$ ), también mejoró la función pulmonar, con un aumento de  $260 \text{ ml} \pm 312$  en el FEV<sub>1</sub> y una mejora de  $6,7 \pm 2,13$  puntos en el ACT. Además, tras 6 meses de tratamiento, presentaron una media de 0 agudizaciones.

Tabla 1. Resultados de variables de la muestra

Variable	6 meses previo tezepelumab	6 meses posterior tezepelumab
Eosinofilia en sangre (cels/ $\mu\text{L}$ )	$230 \pm 216$	$133 \pm 57,7$
FeNO (ppb)	$47,9 \pm 68,1$	$39,2 \pm 27,5$
FEV <sub>1</sub> (ml)	$2464 \pm 813$	$2609 \pm 710$
ACT	$10,7 \pm 3,68$	$17,5 \pm 5,78$
Agudizaciones	$1,2 \pm 0,5$	$0,11 \pm 0,33$

Tabla 2. Resultados de las variables según terapia biológica previa (p no significativa)

Grupo de pacientes	FEV <sub>1</sub> (ml)	FeNO (ppb)	ACT	Agudizaciones
Biológico previo	6 meses previo inicio de tezepelumab	$2.413 \pm 342$	$70,7 \pm 52,3$	$10,3 \pm 5,69$
	6 meses posterior inicio tezepelumab	$2.183 \pm 424$	$52,3 \pm 40,5$	$13,7 \pm 6,66$
<i>Naïve</i>	6 meses previo inicio de tezepelumab	$2.486 \pm 975$	$38,1 \pm 52,8$	$10,9 \pm 3,08$
	6 meses posterior inicio tezepelumab	$2.683 \pm 897$	$32,7 \pm 20,1$	$19,1 \pm 4,98$

**Conclusiones:** El tezepelumab se posiciona como una terapia biológica efectiva tanto en el perfil de paciente con inflamación T2 como no T2, disminuyendo las agudizaciones en los 6 primeros meses, mejorando el ACT y mejorando la función pulmonar.

## 449. EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON DUPILUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE

**Ramón Cercós González**, Vanessa Alaeddine Marcano, Erick Monclou Garzón, Julia Tarrasó Castillo, Heidi Mora Bastida

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España.

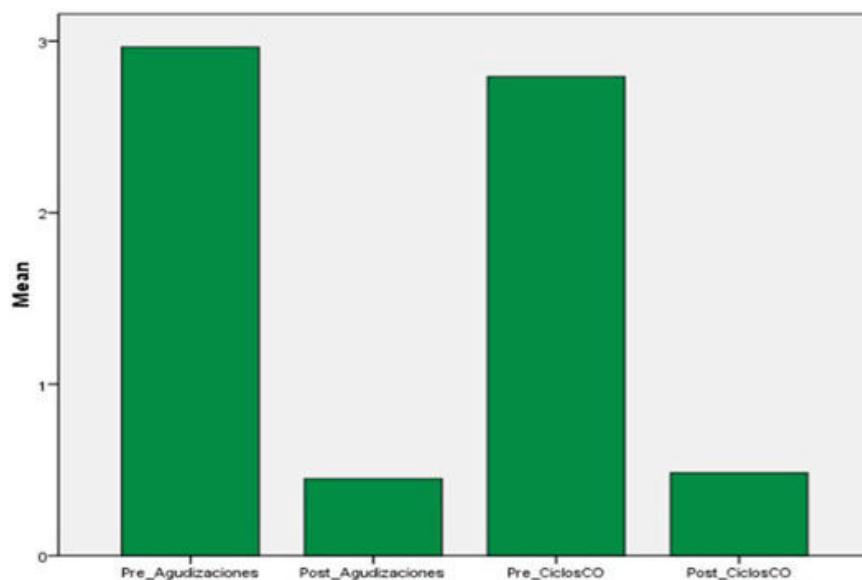


Figura 1. Comunicación 449. Comparación agudizaciones y ciclos de corticoides orales antes vs. después del inicio del tratamiento.

**Introducción:** Dupilumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea la IL-4 e IL-13, mediadores de la inflamación Th2 eficaz en el tratamiento del asma y de algunas de sus comorbilidades como lo es la rinosinusitis crónica y poliposis nasal (RscPn). El objetivo del presente estudio ha sido evaluar y analizar los resultados clínicos en vida real de los pacientes tratados con este fármaco.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y prospectivo de una cohorte de pacientes diagnosticados de asma grave, atendidos en la Unidad de Asma que han iniciado tratamiento con dupilumab. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos y funcionales al inicio del tratamiento y hasta 12 meses después. La valoración del alcance de los síntomas de las comorbilidades se realizó según la historia clínica. Para el análisis estadístico, se realizó una descripción de las variables categóricas (frecuencias) y continuas (medias y DE) y se compararon las variables clínicas más relevantes mediante test paramétricos (t Student).

Características basales de la cohorte previo a inicio de dupilumab	
n	32
edad	48 (15,1)
sexo	Mujeres 18 (56%)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	27,7 (18-42)
Nunca fumadores	18 (56%)
FEV <sub>1</sub> %	80,87 (29 -126)
IT	72,72 (11,20)
IT < 70%	n = 9, n = 4 (ASMA/EPOC)
FeNO (ppb)	60,3 (68,23)
Eosinófilos (absolutos)	330 (246,79)
IgE (UI/mL)	445,42 (501,82)
Rinosinusitis crónica y poliposis	n = 16 (50%)
ACT	13,56 (4,30)
Historia biológico previo	9 (28,13%)
Motivo cambio	7 omalizumab 2 mepolizumab Ausencia de respuesta: 6 Mayor efecto esperado sobre RscPn: 3
N.º de pacientes con ciclos de corticoides orales	28 (87%)
Tasa de ciclos/paciente	2,9 (2,21)
N.º de pacientes con corticoides orales continuos	5 (15,62%)
N.º pacientes con Ingresos por asma	8 (25%)
N.º de pacientes con visitas a Urgencias	15 (47%)

Las variables cualitativas están expresadas con media y desviación estándar (DE). Las variables cuantitativas están expresadas en números absolutos y porcentajes.

**Resultados:** Las características descriptivas se recogen en la Tabla 1. Aunque no se observó una mejoría estadísticamente significativa en la función pulmonar (FEV<sub>1</sub> ml p 0,08 y FEV<sub>1</sub>% p 0,06,), sí se observaron diferencias en los biomarcadores de inflamación T2 con una reducción del FeNO (60,3 vs. 22,6; p 0,04), y eosinófilos (330 vs. 77,8; p 0,01). En cuanto al control de la enfermedad, se observó una mejoría en cinco puntos de media en ACT (13,5 vs. 19,2; p 0,013). Se redujo la tasa anual de agudizaciones de 2,97 a 0,45 (p 0,001), reduciendo la proporción de pacientes que requirió visita a urgencias de un 50% a un 13% tras recibir el biológico (p 0,05). La proporción de pacientes que requirió ciclos cortos de corticoide se redujo de 87% a 27% (p 0,001), con una tasa anual de ciclos cortos/paciente que se redujo de 2,9 a 0,46 (p 0,001). La mitad de los pacientes sufría concomitantemente de RscPn y, tras un año de tratamiento, el 94% referían mejoría clínica de sus síntomas nasales.

**Conclusiones:** En nuestra serie, dupilumab ha sido un tratamiento efectivo en el manejo y control de los pacientes con asma grave y RscPn, reduciendo marcadores de inflamación, agudizaciones y uso de corticoide sistémico, acorde con los resultados de ensayos clínicos y estudios en vida real.

## 260. EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON DUPILUMAB EN LAS ISLAS CANARIAS

**Elena Neumann Acosta**<sup>1</sup>, Elena Martín de la Rosa<sup>2</sup>, Berta Román Bernal<sup>3</sup>, Irene de Lorenzo García<sup>2</sup>, Inmaculada Plasencia García<sup>2</sup>, Annetty Juanes Olite<sup>4</sup>, Yurena Hernández Galván<sup>4</sup>, Sara de Lucas Altable<sup>1</sup>, Laura Ferrerios de la Campa<sup>1</sup>, Kiara Hernández García<sup>1</sup>, Graciela Tenorio Gómez<sup>1</sup>, Alejandro Javier Rolo Rivas<sup>1</sup>, Jorge González Corbacho<sup>1</sup>, Carlos Cabrera López<sup>5</sup> y Hemily Izaguirre Flores<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife, España. <sup>3</sup>Hospital Dr. José Molina Orosa, Lanzarote, España. <sup>4</sup>Complejo Hospitalario Universitario Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España. <sup>5</sup>Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España.

**Introducción:** El dupilumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe la señalización de la interleucina 4 (IL-4) y la interleucina 13 (IL-13), implicadas en la inflamación de tipo 2 (T2). El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia del dupilumab en una cohorte en vida real de pacientes con asma grave T2 mal controlados a pesar de recibir triple terapia inhalada con corticoides inhalados (CIs) a dosis altas y/o anticuerpos monoclonales.

**Material y métodos:** Estudio observacional multicéntrico transversal de pacientes con asma grave T2 mal controlada, en tratamiento con dupilumab y en seguimiento en consultas monográficas de asma o Unidades de Asma de 5 hospitales de las Islas Canarias. Se analizó la respuesta temprana a los 4-6 meses y la tardía a los 12 meses, en el FEV<sub>1</sub>, FeNO, ACT, exacerbaciones y uso de corticoides orales. Se evaluó la respuesta al biológico mediante las escalas EXACTO y FEOS.

**Resultados:** Se incluyeron 46 pacientes siendo el 69% mujeres con una edad media de 51,74 años. Las características basales se

muestran en la tabla 1. A los 4-6 meses, el ACT aumentó 7,93 puntos, siendo  $\geq 20$  en el 69,56%. Las exacerbaciones disminuyeron un 88,7%, el FEV<sub>1</sub> aumentó 362 ml y se logró un descenso del FeNO de 52,72 ppB. A los 12 meses, el ACT aumentó 8,75 puntos, siendo  $\geq 20$  en el 75%, el FEV<sub>1</sub> mejoró 274 ml, el FeNO se redujo 62,87 ppB y se logró una reducción del 81,74% de exacerbaciones. La dosis de prednisona se redujo un 62,61% en único paciente corticodependiente (tabla 2). En cuanto a las escalas de respuesta, la media del FEOS a los 6 meses fue 65,02 puntos y del EXACTO fue 5,43 puntos, con una asociación positiva entre ambas escalas ( $r = 0,88$ ;  $p = < 0,001$ ). A los 12 meses, la media del FEOS fue 63,81 puntos y del EXACTO fue 5,35 puntos, manteniendo la correlación positiva entre ambas escalas ( $r = 0,85$ ;  $p = < 0,001$ ). Según EXACTO la respuesta fue Buena o Completa en el 74,19%, con un 32,25% de superrespondedores. Se suspendió el tratamiento a 2 pacientes por efectos secundarios y en otros 2 por falta de respuesta.

Tabla 1. Características de la población

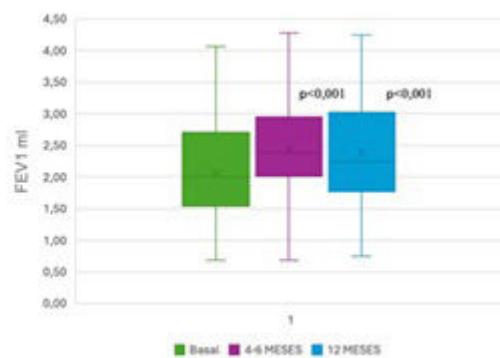
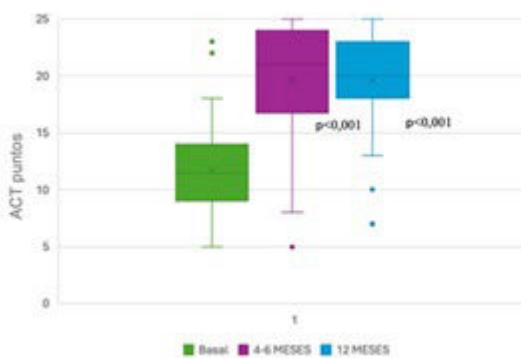
Parámetro	n = 46	Parámetro	n = 46
Sexo mujer n (%)	32(69,6)	Edad años, media $\pm$ (DE)	51,74 (11,85)
Comorbilidades n (%)		Tratamiento biológico previo, n (%)	
Rinitis alérgica	27 (58,7)	No	13 (28,3)
RSCcPN	18 (39,1)	Sí	33 (71,7)
Sensibilización a neumoalérgenos	23 (50)	Mepolizumab	13 (39,39)
Depresión/Ansiedad	15 (32,6)	Omalizumab	8 (24,24)
Dermatitis	4 (8,7)	Benralizumab	2 (6,06)
AOS	6 (13)	Reslizumab	10 (30,3)
IMC, media $\pm$ (DE)	28,83 (6,89)	Eosinófilos/mm <sup>3</sup> , media $\pm$ (DE)	340,87 (621,56)
Edad años dx. Asma, media $\pm$ (DE)	25,54 (15,83)	IgE UI/ml, media $\pm$ (DE)	290,38 (392,6)
Tratamientos en la visita basal, n (%)		Tabaquismo n (%)	
Corticoides orales	1 (2,17)	Nunca	32 (69,6)
ICs-LABA-LAMA dosis alta	43(93,48)	Exfumador	14(30,4)

IMC: índice de masa corporal; RSCcPN: rinosinusitis crónica con poliposis nasal; AOS: apnea obstructiva del sueño; ICs: corticoides inhalados; IgE: inmunoglobulina E; DE: desviación estándar.

Tabla 2. Respuesta al dupilumab a los 4-6 meses y 12 meses

	Previo a dupilumab (n = 46)	4-6 meses dupilumab (n = 46)	p	12 meses dupilumab (n = 31)	p
ACT, m $\pm$ DE	11,72 $\pm$ 4,08	19,65 $\pm$ 5,21	< 0,001	20,47 $\pm$ 4,45	< 0,001
Exacerbaciones, m $\pm$ DE	2,30 $\pm$ 1,67	0,26 $\pm$ 0,64	< 0,001	0,42 $\pm$ 0,67	< 0,001
FEV1 litros, m $\pm$ DE	2,06 $\pm$ 0,79	2,43 $\pm$ 0,81	< 0,001	2,34 $\pm$ 0,9	< 0,001
FeNO, m $\pm$ DE	79,72 $\pm$ 67,82	27 $\pm$ 26,6	< 0,001	16,86 $\pm$ 11,98	< 0,001

Los datos se expresan en media (m) y desviación estándar (DE). ACT: asma control test; FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en el 1.<sup>er</sup> segundo; FENO: fracción exhalada de óxido nítrico.



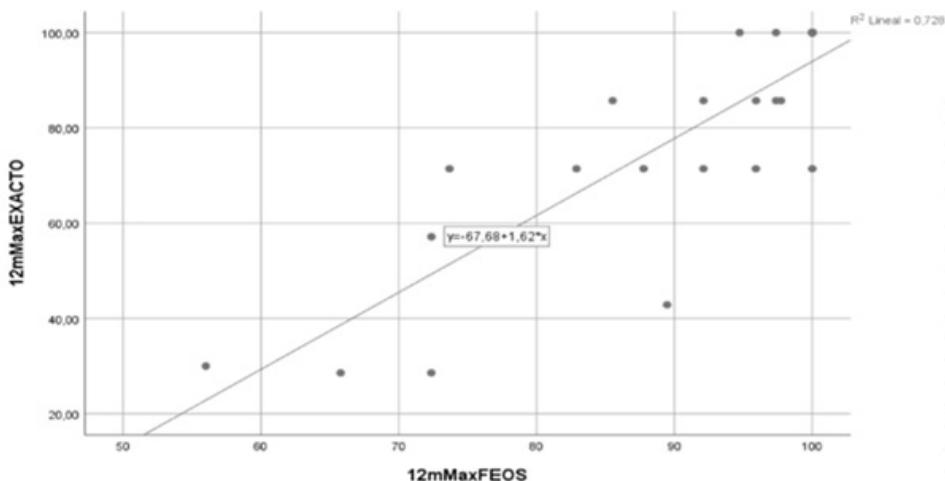


Figura 2. Comunicación 260.

**Conclusiones:** En las Islas Canarias, dupilumab consiguió una mejoría clínica significativa, mejora de la función pulmonar, reducción de las exacerbaciones y de la dosis de corticoides con un alto porcentaje de buenos respondedores.

#### 90. EXPERIENCIA EN VIDA REAL DEL HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA TRAS 24 SEMANAS DE TRATAMIENTO CON TEZEPLEMAB

Isabel Muñoz Ramírez<sup>1</sup>, Carlos Antonio González del Pino<sup>2</sup>, Mercedes Garcí Varela<sup>1</sup>, Borja Ruiz Duque<sup>1</sup>, Adriano Asuero Llanes<sup>1</sup> y Ana Fulgencio Delgado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Comarcal Infanta Elena, Huelva, España. <sup>2</sup>Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España.

**Introducción:** Dos estudios han demostrado la eficacia de tezepelumab. En el ensayo en fase III NAVIGATOR, las exacerbaciones

asmáticas que requirieron visitas a urgencias y/u hospitalización se redujeron en un 85% y un 79% respectivamente a las 52 semanas de tratamiento con tezepelumab. Además, el FEV<sub>1</sub> aumentó 200 ml con respecto a placebo. El objetivo de nuestro estudio fue analizar si en nuestros pacientes con asma grave se reducía la asistencia sanitaria tras inicio de tezepelumab y si se producía un aumento de la función pulmonar a las 24 semanas.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que habían cumplimentado 24 semanas de tratamiento con tezepelumab. Se recogieron variables demográficas de edad, sexo, fenotipo asmático, número de hospitalizaciones, días de estancia hospitalaria, visitas a urgencias y al centro de salud en el año previo y a las 24 semanas.

**Resultados:** De 21 pacientes en tratamiento con tezepelumab, 14 habían cumplido 24 semanas de tratamiento en el momento del análisis, siendo un 71,4% mujeres. La edad media fue de 55, con una DE de 16. Entre nuestra casuística encontramos pacientes de todos los fenotipos: el 50% (7) con un perfil T2 alto eosinofílico, el 42,9%

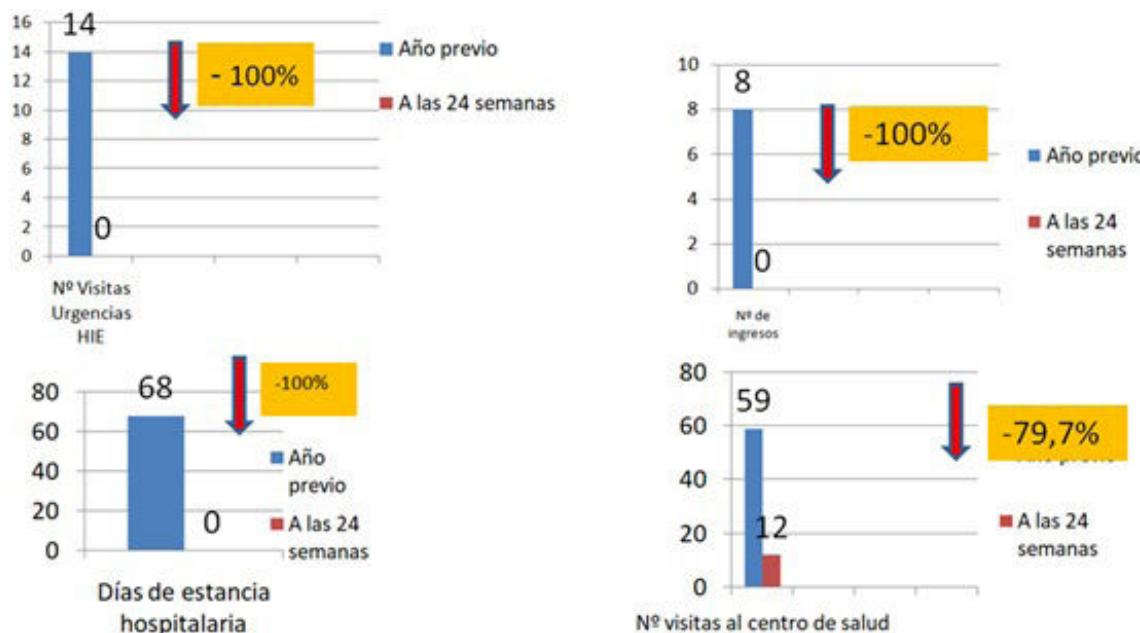


Figura 1. Comunicación 90.

(6) T2 alto alérgico eosinofílico y el 7,1% (1) bajo; y provenientes de distintos tratamientos: Un 42,9% (6) eran *naïve*, y el 57,1% restante (8) venían de otro monoclonal: 2 de dupilumab, 2 de benralizumab, 2 de mepolizumab y 2 de omalizumab. A las 24 semanas de tezepelumab, el número de visitas a urgencias descendió de 14 a 0, (un 100%), el número de ingresos disminuyó de 8 a 0 (100%), el número de días de hospitalización disminuyó de 68 a 0 (un 100%). El número de visitas a los centros de salud disminuyó de 59 a 12 (un 79,66%). Además, independientemente de la función pulmonar basal y del tratamiento previo se observó un aumento de FEV<sub>1</sub> de 198 ml (+12%), siendo este aumento estadísticamente significativo ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** El inicio de tezepelumab en pacientes con asma grave de nuestra consulta supuso una reducción total de la asistencia sanitaria incluyendo urgencias y hospitalizaciones en un porcentaje incluso mayor que en NAVIGATOR independientemente del perfil asmático y del tratamiento previo. Se produjo además un aumento estadísticamente significativo de la función pulmonar independientemente del estatus previo.

#### 244. FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INHALADO EN ASMA: UN ANÁLISIS TRANSVERSAL

**María de las Mercedes Carrasco Sánchez,**

Anna Rebeca Hernández González, Néstor Luis Rodríguez Meleán, María Candela Martínez Garretano, José Carlos Gordillo Montilla, Javier Carrillo Hernández-Rubio, Valentina Pérez Méndez, Tania Yudit Ramírez Torres, Irene Claver Ruano y Mercedes García-Salmones Martín

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid, España.

**Introducción:** El asma es una enfermedad respiratoria crónica que sigue representando una carga significativa para la salud pública debido a su alta prevalencia y morbimortalidad. La adherencia al tratamiento inhalado es fundamental para el adecuado control de los síntomas, la reducción de exacerbaciones y las hospitalizaciones. El objetivo del presente estudio es determinar el grado de adherencia al tratamiento inhalado en pacientes asmáticos.

		N = 68
Edad, años		55 [41 a 66]
Sexo femenino, N.º (%)		45 (66,2)
FEV <sub>1</sub> pos-BD (% teórf.)		91 [78 a 99]
FEV <sub>1</sub> /FVC pos-BD		79,5 [73,2 a 85,0]
FeNO, ppb		40,3 [22,2 a 65,6]
Escalón GEMA 5,4		
Escalón 1, N.º (%)		2 (2,9)
Escalón 2, N.º (%)		3 (4,4)
Escalón 3, N.º (%)		8 (11,8)
Escalón 4, N.º (%)		20 (29,4)
Escalón 5, N.º (%)		27 (39,7)
Escalón 6, N.º (%)		8 (11,8)
Concordancia de la prescripción, N.º (%)		65 (95,6)
Concordancia de la dosis, N.º (%)		67 (98,5)
Concordancia de los dispositivos, N.º (%)		67 (98,5)
Prescripción duplicada, N.º (%)		1 (1,5)
Adherencia		
100%, N.º (%)		22 (32,4)
75-99%, N.º (%)		9 (13,2)
50-74%, N.º (%)		14 (20,6)
25-49%, N.º (%)		14 (20,6)
0 al 24%, N.º (%)		4 (5,9)
0%, N.º (%)		5 (7,4)

**Material y métodos:** A continuación, se expone un estudio observacional, transversal y descriptivo que incluye a todos los pacientes con diagnóstico de asma atendidos en la consulta de neu-

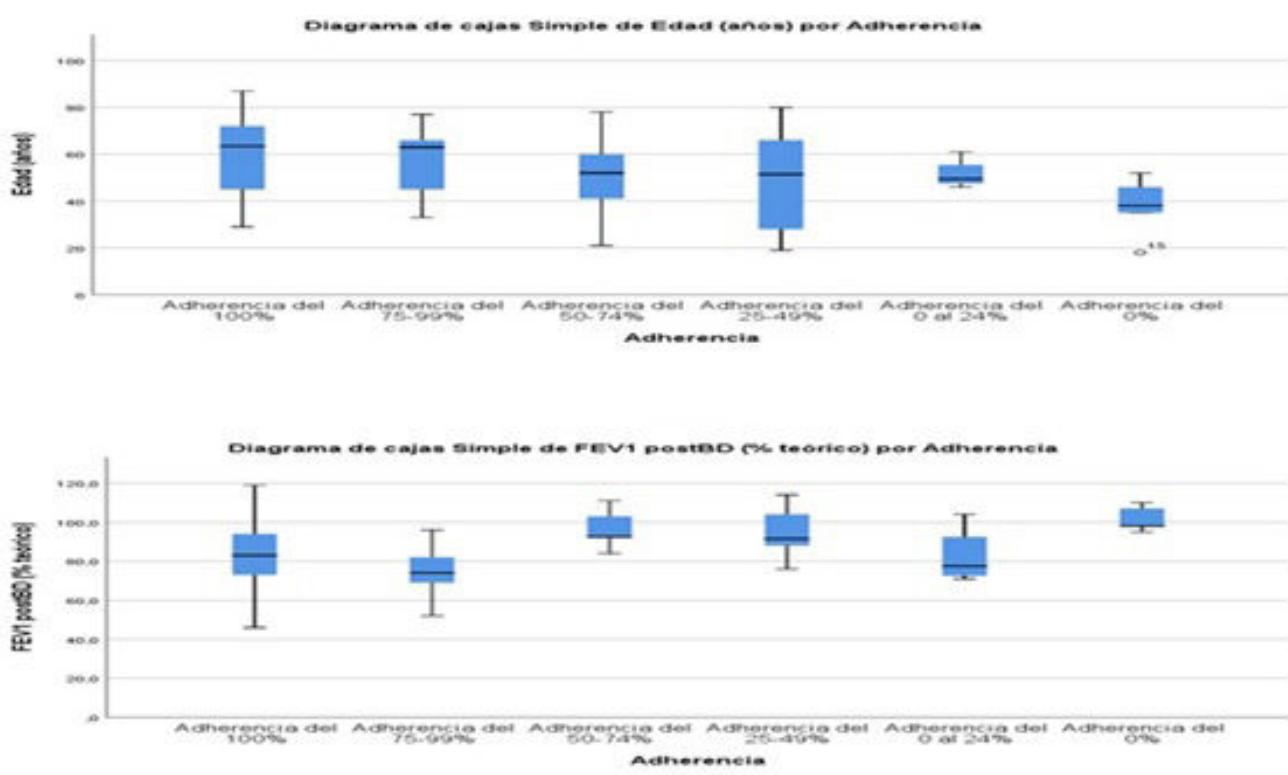


Figura 1. Comunicación 244.

mología en un período de dos meses en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Para ello, se revisó la concordancia entre el tratamiento prescrito en la consulta y la dispensación registrada en el Módulo Único de Prescripción (MUP). A partir de estos datos, se revisaron las características demográficas, funcionales y propias de la enfermedad los pacientes en relación con el grado de adherencia al tratamiento inhalado. Se categorizó el grado de adherencia al tratamiento inhalado en seis categorías, desde nula (0%) hasta óptima (100% de recogida).

**Resultados:** Se incluyeron un total de 68 pacientes, cuyas características basales se reflejan en la tabla. Se observan diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,022$ ) en la mediana de la edad, objetivando una mayor adherencia en pacientes mayores de 60 años (fig. 1a). También se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la función pulmonar, concretamente en el  $FEV_1$  pos-BD (%) ( $p = 0,006$ ) (fig. 1b).

**Conclusiones:** Más de la mitad de los pacientes presentan una adherencia subóptima (< 75%) al tratamiento inhalado. Los pacientes asmáticos jóvenes y con buena función pulmonar podrían adherirse menos al tratamiento, lo que refleja la necesidad de implementar estrategias para mejorar la adherencia.

## 16. FALLO PRIMARIO Y SECUNDARIO DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ASMA GRAVE

**David Dacal Rivas**<sup>1</sup>, Eva Martínez Moragón<sup>2</sup>, Vicente Plaza Moral<sup>3</sup>, Carolina Cisneros Serrano<sup>4</sup>, Cristina Benchimol<sup>5</sup>, Hemily Izaguirre Flores<sup>5</sup>, Silvia Sánchez Cuéllar<sup>6</sup>, María Dolores Martínez Pitarch<sup>7</sup>, Cleofé Fernández Aracil<sup>8</sup>, Andrea Tristán Alonso<sup>9</sup>, José Carlos Serrano Rebollo<sup>10</sup>, Zully Vásquez Gambasica<sup>11</sup>, Rocío Magdalena Díaz Campos<sup>12</sup>, Paulina Trujillo Mulato<sup>13</sup>, Inés Escribano Gimeno<sup>14</sup>, Daniel Laorden Escudero<sup>15</sup>, Ebymar Arismendi Núñez<sup>16</sup>, Nuria Marina Malanda<sup>17</sup>, Alfredo de Diego Damia<sup>18</sup>, Marta Ferrer Galván<sup>19</sup>, Ignacio Dávila González<sup>20</sup>, Juan Ortiz de Saracho Bobo<sup>21</sup>, Borja García Cosío<sup>22</sup> y Luis Pérez de Llano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Lucus Augusti, Universidad de Santiago de Compostela, Lugo, España. <sup>2</sup>Hospital Doctor Peset, Valencia, España. <sup>3</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. <sup>4</sup>Hospital de La Princesa, Madrid, España. <sup>5</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Las Palmas, España. <sup>6</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España. <sup>7</sup>Hospital Lluís Alcany, Xàtiva, España. <sup>8</sup>Hospital General Universitario Dr. Balmis; Universidad Miguel Hernández; Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante, España. <sup>9</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España. <sup>10</sup>Hospital de Llerena-Zafra, España. <sup>11</sup>Hospital Universitario de Getafe, España. <sup>12</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. <sup>13</sup>Instituto Nacional del Tórax, Santiago, Chile. <sup>14</sup>Hospital Infanta Sofía, Madrid, España. <sup>15</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. <sup>16</sup>Hospital Clínic, IDIBAPS, Universitat de Barcelona, España. <sup>17</sup>Hospital Universitario Cruces, Bilbao, España. <sup>18</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España. <sup>19</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. <sup>20</sup>Hospital Universitario de Salamanca, Universidad de Salamanca, España. <sup>21</sup>Hospital Universitario del Bierzo, Ponferrada, España. <sup>22</sup>Hospital Universitario Son Espases-IdISBa-CIBERES, Palma de Mallorca, España.

**Introducción:** Solo un tercio de los pacientes con asma grave logra una respuesta completa con biológicos. El objetivo del estudio es caracterizar dos tipos de fallo: primario (FP) y secundario (FS).

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico retrospectivo. Incluye pacientes que reciben el mismo biológico durante al menos

24 meses. La respuesta se define como ausencia de exacerbaciones graves en el año previo,  $ACT \geq 20$  y no necesidad de corticoides sistémicos de mantenimiento. FP se define como la falta de respuesta a los 12 meses de inicio del biológico y FS como la pérdida de respuesta posterior en aquellos respondedores en el mes 12.

**Resultados:** Incluye 315 pacientes, de los que se analizan 272. El tiempo de seguimiento es de  $46,1 \pm 19,4$  meses. En comparación con los pacientes que presentan respuesta a los 12 meses (175), los pacientes con FP (97) presentan menos frecuentemente poliposis nasal (34,7 vs. 50,9%;  $p < 0,05$ ), menos eosinofilia (458,7 vs. 602,4;  $p < 0,05$ ) y un asma más grave de inicio. El FP revierte en el 40% de los pacientes a lo largo del seguimiento sin cambiar el monoclonal (cambiando el inhalador en el 74%). De los 175 pacientes que alcanzan la respuesta a los 12 meses, 124 (70,8%) la mantienen durante el seguimiento. En comparación, los que presentan un FS (51, 29,21%) tienen menores valores de  $FEV_1$  a los 12 meses de iniciar el biológico. El FS revierte en un 42,8% (los inhaladores se cambiaron en un 41,6%).

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de la población Comparación entre los pacientes que presentaron respuesta y fallo primario

	Entire population (n = 272)	Response (n = 175)	PF (n = 97)	Response vs. PF p
Age (years; mean $\pm$ SD)	54 $\pm$ 12	54 $\pm$ 12	52 $\pm$ 13	0.65
Gender (%)				
Female	71.7	70.9	73.2	0.72
Male	28.3	29.1	26.8	0.75
Smoking (%)				
Never	75.2	74.9	75.8	0.62
Ex-smoker	24.4	25.1	23.2	0.58
Active	0.4	0	1.1	0.09
BMI (mean $\pm$ SD)	28.1 $\pm$ 5.9	28.1 $\pm$ 6.1	27.8 $\pm$ 5.6	0.57
Asthma onset (%)				
Early (< 12 yrs)	31.5	28.7	36.5	0.48
Late ( $\geq 12$ yrs)	68.5	71.3	63.5	0.35
Age at diagnosis (years; mean $\pm$ SD)	36 $\pm$ 18	37 $\pm$ 17	34 $\pm$ 19	0.29
Eosinophils (cells/mm <sup>3</sup> )	552.3 $\pm$ 395.0	602.4 $\pm$ 400.9	458.7 $\pm$ 368.1	< 0.05
IgE (IU/mL)	290.6 $\pm$ 275.2	302.9 $\pm$ 288.1	267.0 $\pm$ 248.5	0.39
FeNO (ppb)	52.6 $\pm$ 42.2	53.8 $\pm$ 42.3	50.6 $\pm$ 42.2	0.49
Comorbidities (%)				
Rhinitis	71.4	71.1	71.9	0.82
Sinusitis	37.3	40.6	31.3	< 0.05
Nasal polyposis	45.2	50.9	34.7	< 0.05
NERD	12.6	13.2	11.5	0.76
Obesity	31.9	28.2	38.5	< 0.05
GER	34.8	31.6	40.6	0.69
Bronchiectasis	26.2	26.3	26.0	0.84
Anxiety	23.0	23.0	22.9	0.82
Depression	13.4	13.8	12.6	0.69
Sleep apnea	18.5	14.9	25.0	< 0.05
Exacerbations in the prior 12 months	3.2 $\pm$ 2.0	2.9 $\pm$ 1.8	3.7 $\pm$ 2.3	< 0.05
ACT	13.5 $\pm$ 4.5	14.0 $\pm$ 4.2	12.5 $\pm$ 4.4	< 0.05
FEV <sub>1</sub> (L)	2.1 $\pm$ 0.7	2.1 $\pm$ 0.7	2.0 $\pm$ 0.7	0.73
FEV <sub>1</sub> /FVC (%)	59.3 $\pm$ 16.6	59.9 $\pm$ 17.2	58.1 $\pm$ 14.8	0.68
Cumulative prednisone dose (mg) in the prior 12 months	1,202.4 $\pm$ 1,455.6	934.2 $\pm$ 957.0	1,677 $\pm$ 1,982	< 0.05
Triple inhaled therapy (%)	80.9	81.7	79.4	0.48
Biologic (%)	24.8			
Benralizumab	47.2	29.1	16.7	
Mepolizumab	7.0	46.3	49.0	
Reslizumab	19.9	9.1	3.1	
Omalizumab	1.1	14.3	30.2	
Dupilumab		1.1	1.0	

BMI: Body mass index; IgE: Immunoglobulin E; FENO: fraction of exhaled nitric oxide; NERD: nonsteroidal antiinflammatory drug-exacerbated respiratory disease; GER: gastroesophageal reflux; ACT: asthma control test; FEV<sub>1</sub>: forced expiratory volume in the first second; FVC: forced vital capacity.

Tabla 2. Comparación entre los pacientes que presentaron respuesta sostenida y fallo primario y secundario

	Sustained response (n = 124)	Primary failure (n = 97)	Secondary failure (n = 51)
Age (years)	54 ± 12	52 ± 13 <sup>^</sup>	57 ± 12 <sup>^</sup>
Gender (%)			
Female	69.4	73.2	74.5
Male	30.6	26.8	25.5
Smoking (%)			
Never	76.0	75.8	72
Ex-smoker	24.0	23.2	28
Active	0	1.1	0
BMI (mean ± SD)	28.3 ± 6.7	27.8 ± 5.6	27.7 ± 4.3
Asthma onset (%)			
Early (< 12 yrs)	30.1	36.5	25.5
Late (≥ 12 yrs)	69.9	63.5	74.5
Age at diagnosis	36 ± 17	34 ± 19	39 ± 17
Eosinophils (cells/mm <sup>3</sup> ) (mean ± SD)	668.0 ± 402.1	458.7 ± 368.1 <sup>*</sup>	444.3 ± 354.1 <sup>†</sup>
IgE (IU/mL)	320.3 ± 297.2	267.0 ± 248.5	260.8 ± 262.7
FeNO (ppb)	54.6 ± 43.3	50.6 ± 42.2	51.9 ± 40.5
Comorbidities (%)			
Rhinitis	77.0	71.9 <sup>*</sup>	56.9 <sup>†</sup>
Sinusitis	48.4	31.3 <sup>*</sup>	21.6 <sup>†</sup>
Nasal polypsis	53.2	34.7 <sup>*</sup>	45.1
NERD	9.8	11.5	7.8
Obesity	28.5	38.5	27.5
GER	30.9	40.6	33.3
Bronchiectasis	29.0	26.0	19.6
Anxiety	21.1	22.9	27.5
Depression	12.2	12.6	17.6# <sup>^</sup>
Sleep apnea	17.9	25.0	7.8
Exacerbations in the prior 12 months	0.0 ± 0.0	0.9 ± 1.0 <sup>*^</sup>	0.0 ± 0.0
ACT	23.1 ± 1.7	18.8 ± 3.9 <sup>*^</sup>	22.7 ± 1.7 <sup>†^</sup>
FEV <sub>1</sub> (L)	2.3 ± 0.7	2.11 ± 0.7 <sup>*</sup>	2.1 ± 0.7 <sup>†</sup>
FEV <sub>1</sub> /FVC (%)	66.8 ± 16.2	58.6 ± 20.5 <sup>*</sup>	62.9 ± 18.5 <sup>†</sup>
Cumulative prednisone dose (mg) at 12 months	51.5 ± 238.2	697.1 ± 957.8 <sup>*^</sup>	202.8 ± 735.3 <sup>†^</sup>
Triple inhaled therapy (%)	83.1	79.4	78.4
Biologic (%)			
Benralizumab	32.3	16.7	21.6
Mepolizumab	42.7	49.0	54.9
Reslizumab	12.1	3.1	2
Omalizumab	11.3	30.2	21.6
Dupilumab	1.6	1.0	0

Comparisons are made at baseline for demographic characteristics and biomarkers (FENO, eosinophils) and at 12 months for response variables (exacerbations, ACT, corticosteroid load, and spirometry). \* Statistically significant comparison between sustained response and primary failure. ^Statistically significant comparison between primary and secondary failure. †Statistically significant comparison between sustained response and secondary failure. BMI: Body mass index; IgE: Immunoglobulin E; FENO: fraction of exhaled nitric oxide; NERD: nonsteroidal antiinflammatory drug-exacerbated respiratory disease; GER: gastroesophageal reflux; ACT: asthma control test; FEV<sub>1</sub>: forced expiratory volume in the first second; FVC: forced vital capacity

**Conclusiones:** La terapia inhalada debe ser optimizada en pacientes con asma grave. La gran mayoría de los pacientes que presentan una respuesta a los 12 meses la mantienen a lo largo del tiempo, pero un 29% la pierden. La función pulmonar parece ser esencial para alcanzar y mantener la respuesta.

## 718. FENOTIPO INFLAMATORIO EOSINOFÍLICO EN INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA EN BRONQUIECTASIAS CON ANTIBIOTERAPIA INHALADA

Irene Macarena García Salazar, José Javier Jareño Esteban, Ángela Hidalgo Herranz, Erika María Díaz Pires, Esperanza Guzmán Ansado, Rafael Ricardo Salcedo Valenciano, Fabio Valencia Castañeda y Sergio Campos Téllez

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.

**Introducción:** Las bronquiectasias (BQ) son enfermedades respiratorias crónicas con una prevalencia en Europa de 53-362 casos

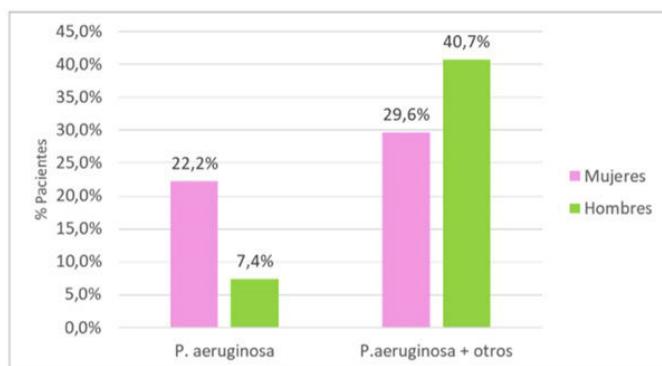
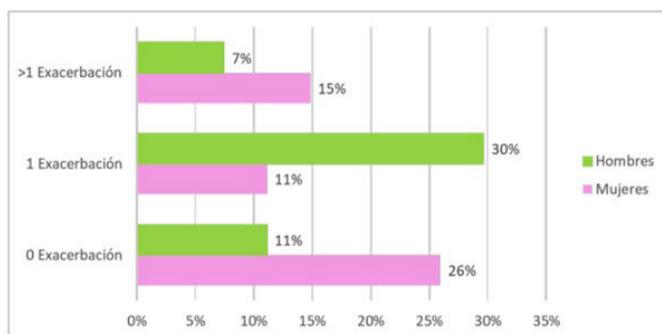
por 100.000 habitantes, siendo la incidencia mayor en mujeres e incrementándose con la edad. La tasa de mortalidad en el registro español de BQ es 20.4%. Las infecciones respiratorias repetidas conducen a un estado de inflamación crónico con deterioro del aclaramiento mucociliar y del epitelio bronquial generando daño estructural en la vía aérea inferior. Existen pocos estudios que correlacionen respuesta inflamatoria neutrofílica vs. eosinofílica como factor pronóstico en estos pacientes y sus diferencias respecto al género.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo, periodo 31/03/22-31/03/23, se incluyeron pacientes con diagnóstico de BQ del adulto no FQ (fibrosis quística), mediante TCAR (tomografía computarizada de alta resolución) informada por radiólogo. En todos los casos se realizó estudio de IBC (infección bronquial crónica) mediante análisis microbiológico (bacterias, micobacterias y hongos) del esputo con aislamiento de más de 3 muestras de secreciones respiratorias separadas por al menos 1 mes durante 6 meses. El estado inflamatorio fue evaluado mediante estudio del cociente leucocitario N/L en sangre y determinación de PCR y ferritina durante el año previo al inicio de la terapia inhalada. Para el análisis pronóstico se utilizó la escala FACED. Estudio autorizado por el CEIC del HCD. Análisis estadístico SPSS v24 (SPSS inc. Chicago, IL, EE. UU.).

**Resultados:** Se incluyeron 27 pacientes (14 mujeres 52%, 13 hombres 48%). Fumadores y exfumadores 48%, no fumadores 52%. Edad media de 81 ± 7 años. El estudio mediante TCAR reveló BQ cilíndricas 22-82% y quísticas 5-19%. Los estudios microbiológicos confirmaron *Pseudomonas aeruginosa* en todos los pacientes. La escala FACED reveló grado leve (0-3) - moderado (4-6) 38% y graves (7-9) 62%. El tratamiento antibiótico inhalado fue colistimetafo de sodio 74%, tobramicina 22% y levofloxacino 4%. Con buena adherencia al tratamiento el 78% y escasa adherencia un 22%. En el seguimiento se confirmó la ausencia de exacerbaciones un 37%, 1 exacerbación en 41% y más de 1 un 22%.

Edad (años)	81 (7)
Género	
Mujer	14 (52%)
Hombre	13 (48%)
Raza	
Caucásica	27 (100%)
Etiología	
Idiopático	2 (7%)
Posinfeccioso	8 (32%)
Posuberculoso	5 (18%)
Asma	2 (7%)
EPOC	6 (21%)
Sjögren	2 (7%)
Aspergillus	2 (7%)
Localización pulmonar	
Localizadas (uno o más lóbulos contiguos)	7 (26%)
Difusas (más de un lóbulo)	20 (74%)
TCAR	
Cilíndricas	22 (82%)
Quísticas	5 (19%)
Varicosas	0
Historial de tabaquismo	
Fumador	1 (4%)
No fumador	14 (52%)
Exfumador	12 (44%)
Insuficiencia respiratoria	
Sí	15 (56%)
No	12 (44%)
Exacerbaciones anuales	
0	10 (37%)
1	11 (41%)
> 1	6 (22%)
Escala FACED	
Leve	0
Moderada	10 (38%)
Grave	16 (62%)
Aislamiento microbiológico	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	8 (30%)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> + otros	19 (70%)

Eosinofilia	
< 100 eosinófilos periféricos	4 (15%)
100-300 eosinófilos periféricos	18 (67%)
> 300 eosinófilos periféricos	5 (19%)
Índice neutrófilos/linfocitos	
Normal (1-4,99)	21 (77%)
Elevado (> 5)	6 (23%)
PCR	
Normal (0-10 mg/L)	15 (66%)
Elevado (> 10 mg/L)	9 (34%)
Ferritina	
Normal (H: 2-300 ng/ml; M: 12-150 ng/ml)	10 (63%)
Elevado (H: > 2-300 ng/ml; M: > 12-150 ng/ml)	6 (37%)



**Conclusiones:** La respuesta inflamatoria es mayor en las mujeres con BQ e IBC respecto a los hombres, valorada mediante cociente N/L y RFA. Un 19% de nuestra población mostró rangos de eosinofilia > 300. Las mujeres presentan mayor eosinofilia respecto a los hombres. Las mujeres con fenotipo eosinofílico mayor de 300 presentan una mayor tendencia a exacerbarse (un 25%).

### 301. FUNCIÓN PULMONAR NORMAL Y TERAPIA BIOLÓGICA EN EL ASMA GRAVE NO CONTROLADA: ¿MARCADOR DIFERENCIAL DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO?

Elena Rodríguez Lobato<sup>1</sup>, Marina Paredes López<sup>1</sup>, Francisco Javier González Barcala<sup>2</sup>, Ebymar Arismendi Núñez<sup>1</sup>, Carlos Daniel Rodríguez Padilla<sup>1</sup>, Héctor Cedillo<sup>1</sup> y Marina Blanco Aparicio<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínic, Barcelona, España. <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario de A Coruña, España.

**Introducción:** La incorporación de los anticuerpos monoclonales al tratamiento del asma grave no controlada (AGNC) ha logrado en un alto porcentaje de pacientes el control de síntomas, la reducción de exacerbaciones, la disminución del uso de glucocorticoides

y la mejoría de la calidad de vida. Sin embargo, sigue siendo controversial la indicación según el grado de alteración de la función pulmonar.

**Material y métodos:** Determinar la proporción de pacientes con función pulmonar normal (FEV<sub>1</sub> > 80%) incluidos en los ensayos clínicos y estudios observacionales realizados con los diferentes anticuerpos monoclonales para AGNC. Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, Scopus y Clinical Trials. Las palabras clave utilizadas fueron: "asthma" OR "normal lung function" OR "biologic treatment" OR "omalizumab" "mepolizumab" "benralizumab" "reslizumab" y "dupilumab". Se incluyeron ensayos clínicos, estudios post hoc, y estudios observacionales con terapia biológica en AGNC.

**Resultados:** Con la estrategia de búsqueda se identificaron 760 estudios, siendo seleccionados para inclusión en este trabajo 174 publicaciones (omalizumab: 51; benralizumab: 43; mepolizumab: 44; reslizumab: 11 y dupilumab: 27). El número de estudios que incluyen pacientes con función pulmonar fue de 61 (omalizumab: 39%; benralizumab: 39%; mepolizumab: 36%; reslizumab: 54% y dupilumab: 7,4). De estos, solo 4 estudios detallaron el porcentaje de pacientes incluidos con FEV<sub>1</sub> > 80%, pero en ninguno de estos se analizó por separado los resultados en este subgrupo de pacientes.

**Conclusiones:** Hay una amplia variabilidad en los valores de función pulmonar basal de los pacientes incluidos en los diferentes estudios que analizan la eficacia de los fármacos biológicos para asma. De los 5 biológicos analizados la proporción de estudios que incluyeron pacientes con FEV<sub>1</sub> > 80% fue menor para dupilumab 7,4 vs. 36% para mepolizumab, 39% para omalizumab y benralizumab y 54% para reslizumab. Solo una minoría de los trabajos revisados especifican el porcentaje de pacientes con FEV<sub>1</sub> basal > 80% siendo más frecuente disponer del porcentaje de pacientes que alcanzaron una función pulmonar normal después de haber recibido alguno de estos tratamientos. La función pulmonar normal podría ser un marcador de respuesta parcial o pobre en los pacientes con AGNC que reciben tratamiento biológico, por lo cual son necesarios estudios en los cuales se analice dicho subgrupo por separado.

### 644. GENOTIPO MZ DE ALFA-1 ANTITRIPSINA: MAYOR SUSCEPTIBILIDAD A INFECCIONES EN EL ASMA

Pedro José Argos Vélez<sup>1</sup>, Javier Zuazaga Fuentes<sup>1</sup>, María Luisa Rodríguez Fidalgo<sup>2</sup>, Patricia Druet Toquero<sup>1</sup>, Claudia Poo Fernández<sup>1</sup>, Marta Ruiz Solana<sup>1</sup>, Juan de la Cruz Madrid González<sup>1</sup>, Ane Uriarte Pérez<sup>1</sup>, Marina Blancas García<sup>1</sup>, Laura Ruiz Gil<sup>1</sup>, Reyes González Delgado<sup>1</sup>, Carlos A. Amado Diago<sup>1</sup>, Sonia M. Fernández Rozas<sup>1</sup>, Beatriz Abascal Bolado<sup>1</sup> y Juan Luis García Rivero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

<sup>2</sup>Hospital Comarcal de Laredo, España.

**Introducción:** El déficit de alfa-1-antitripsina (AAT) está ampliamente estudiado en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, especialmente el papel relevante que juega en individuos homocigotos para el alelo Z y su relación con la aparición del enfisema; sin embargo, la evidencia científica de esta afectación en pacientes asmáticos y especialmente pacientes en heterocigotos para el alelo Z es todavía muy escasa.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de asma y obstrucción al flujo aéreo, vistos en consultas de Asma del Servicio de Neumología de dos Hospitales de nuestra región. A todos ellos se les realizó test genético (AAT Genotyping Test®-Progenika Biopharma-GRIFOLS). Los pacientes se clasificaron en dos grupos: sin mutación (PiMM), y con una muta-

ción Z (PiMZ). De todos ellos, se recogieron variables clínicas, funcionales y comorbilidades presentes en el año previo al diagnóstico y durante 1 año de seguimiento. Se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre variables y el grado de asociación entre diferentes variables.

**Resultados:** Se encontraron 29 pacientes que eran portadores del alelo Z y que se compararon con 23 pacientes sin mutación. Se encontró una correlación significativa fuerte entre el genotipo de AAT y los niveles en sangre del mismo como era de esperar. Además, en nuestro estudio observamos una correlación significativa entre el genotipo MZ con la presencia de bronquiectasias, las tandas de antibiótico durante el primer año de seguimiento, una mayor caída del FEV<sub>1</sub> en el primer año y menor uso de tratamiento biológico.

**Conclusiones:** La presencia de una mutación Z en pacientes con asma y obstrucción al flujo aéreo conlleva un comportamiento diferente respecto a los pacientes con asma sin dicha mutación. La disminución de los niveles en sangre de AAT produce una mayor susceptibilidad de presentar infecciones respiratorias causantes de exacerbaciones. Una consecuencia de esto, parece ser la mayor caída del FEV<sub>1</sub> durante el año de seguimiento. Asimismo, estos pacientes tienen una mayor prevalencia de bronquiectasias. En pacientes con asma y obstrucción al flujo aéreo, que presenten un mayor uso de antibióticos sería recomendable descartar la presencia de un alelo Z.

## 174. GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS: SERIE DE CASOS SEGUIDOS EN LA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ASMA GRAVE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO

**Ana Díaz-Cordovés Menéndez**, Daniel Alonso Pujol González, Rafael Sánchez Bailló, Julio Israel Merino Oviedo, Miguel Ángel Bayas Cajape, Irene Camacho Sumozas, María del Mar Moro Moro, María Isabel Peña Arellano y María José Espinosa de los Monteros

Hospital Universitario de Toledo, España.

**Introducción:** La granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA) es una inflamación granulomatosa eosinofílica y una vasculitis necrotizante con afectación de vasos de pequeño a mediano calibre asociada a eosinofilia y asma. En la patogenia interviene una respuesta inmunitaria de tipo Th2, por lo que la IL-5 está directamente involucrada. Es una patología infradiagnosticada, sobre todo en las fases más precoces de su desarrollo. Las últimas guías recomiendan no retrasar el inicio del tratamiento mientras se espera la confirmación histológica. El objetivo del estudio es analizar características clínicas y respuesta al tratamiento biológico en nuestra serie de pacientes con GEPA.

**Material y métodos:** Se incluyeron 9 pacientes (8 fueron mujeres) con edad media de 59 años. En 6 pacientes (67%) se confirma el diagnóstico según los criterios de la EULAR 2023, mediante biopsia cutá-

Características	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6	Paciente 7	Paciente 8	Paciente 9
Sexo	Mujer	Mujer	Mujer	Varón	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer
Edad (años)	29	77	55	26	59	78	52	77	78
Diagnóstico de asma	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Comorbilidades:									
-Rinitis alérgica	X		X		X		X		
-RSC		X				X		X	
-RSCcPN	X			X		X		X	
-Dermatitis atópica									
-Obesidad									
-SAHS									
-Cardiopatía									
-ABPA					X				X
Eosinofilia previa (cels/ul)	2100	800	1000	1500	1500	9400	1000	12000	10000
VSG previo (mm)		27	25	22	23	74	3	19	
PCR previo (mg/L)	2	49,8	9	81	12	56,7	1	1,3	2,4
FEV1 previo	2550 (74%)	2880 (110%)	2220 (89%)	3910 (92%)	1830 (73%)	1070 (60%)	1800 (74%)	2050 (107%)	2219 (119%)
FENO previo (ppB)		259	79	>300	70		76	38	
ANCA anti-MPO	-	-	+	-	+	+	+	+	+
Bronquiectasias	X				X				
Biopsia:									
-Nasal					X				X
-Nervio									
-Bronquial		X		X					
-Cutánea	X	X			X	X			X
-Cardiaca y/o renal									
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ACR/EULAR de 2023									
Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Enfermedad obstructiva de la vía aérea	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Poliposis nasales	X			X		X		X	X
Eosinófilos ≥ 1 x 10 <sup>9</sup> /L	X		X	X	X	X	X	X	X
ANCA +			X		X	X	X	X	X
Inflamación extravascular eosinofílica	X	X	X		X	X			
Mononeuritis múltiple/neuropatía motora no debida a radiculopatía	X		X		X		X		
Hematuria									

Tabla 1. Comunicación 174. Características basales, clínicas y clasificatorias de los pacientes.

Paciente	Tratamiento de Inducción	Tratamiento de mantenimiento	Tratamiento Biológico	Eosinófilos	ANCA	Remisión actual de GEPA
1	Ciclos de CS** + CSO a dosis altas*	CSO a dosis bajas (5-10 mg/día)	Benralizumab 30 mg/8 s	0	Negativos	Sí
2	CSO a dosis altas*	CSO a dosis bajas (30 mg/día)	Mepolizumab 300 mg/4s	100	Negativos	Sí
3	Ciclos de CS** + CSO a dosis altas* + Ciclofosfamida	CSO a dosis bajas (5-10 mg/día)	Mepolizumab 300 mg/4s	0	Negativos	Sí
4	CSO a dosis altas*		Mepolizumab 300 mg/4s	0	Negativos	Sí
5	Ciclos de CS** + CSO a dosis altas*	CSO a dosis bajas (15 mg/día) + Azatiprínica	Mepolizumab 300 mg/4 s + Dupilumab + Isavuconazol (por ABPA)	0	Negativos	Parcial
6	CSO a dosis altas*	CSO a dosis bajas (5 mg/día)	CSO a dosis bajas (5 mg/día)	400	No realizado	Sí
7	CSO a dosis altas*	CSO en ciclos cortos	Mepolizumab 300 mg/4s	0	No realizado	Sí
8	CSO a dosis altas*	CSO a dosis bajas (10 mg/día)	Mepolizumab 300 mg/4s	0	No realizado	Sí
9	CSO a dosis altas*	CSO a dosis bajas (5 mg/día)	Mepolizumab 300 mg/4s	100	No realizado	Parcial

Tabla 2. Comunicación 174. Tratamiento y respuesta actual al tratamiento biológico. \*Corticoides sistémicos orales (CSO) > 40 mg \*\*Ciclos de corticoides sistémicos (CS) 100-125 mg intravenoso.

nea (4), nasal (2) transbronquial (2) y del nervio sural (1) y en 3 de ellos (33%) la alta sospecha de GEPA. Se recopilaron las características basales, clínicas y clasificatorias de los pacientes, las cuales exponemos en la tabla 1.

**Resultados:** La clínica más frecuentemente encontrada fue de asma persistente grave en todos los casos (100%), precediendo al diagnóstico de GEPA, seguido de poliposis nasal (56%) neuropatía periférica (44,4%) y lesiones cutáneas compatibles (33%). Todos los pacientes llevan más de 4 años de evolución. Los pacientes con diagnóstico de alta sospecha de GEPA han iniciado el tratamiento biológico precozmente sin confirmación histológica y a menor dosis para estos casos, consiguiendo la remisión en todos ellos. El tratamiento biológico con mepolizumab y con benralizumab en fase de mantenimiento ha conseguido la retirada de los inmunosupresores y de corticoides orales en el 56% (5 pacientes). En un caso por coexistencia de aspergillosis broncopulmonar alérgica con GEPA se ha tenido que añadir dupilumab 300 mg cada 15 días (con dosis inicial de carga de 600 mg) al tratamiento con mepolizumab, bajando las dosis del mepolizumab a 100 mg cada 4 semanas.

**Conclusiones:** El estudio resalta que el asma grave es la manifestación inicial más frecuente en la GEPA, y el tratamiento biológico precoz, incluso sin confirmación histológica en algunos casos, permitió la remisión y reducción del uso de corticoides e inmunosupresores un importante porcentaje de los pacientes. Estos hallazgos destacan la eficacia de las terapias dirigidas y la importancia de un manejo multidisciplinar de esta patología.

#### 594. HACIA LA REMISIÓN CLÍNICA EN ASMA: EL IMPACTO EN VIDA REAL DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Juan de la Cruz Madrid González, Marta Ruiz Solana, Ane Uriarte Pérez, Laura Ruiz Gil, Juan Luis García Rivero, Javier Zuazaga Fuentes, Claudia Poo Fernández y Beatriz Abascal Bolado

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

**Introducción:** La buena respuesta al tratamiento con fármacos biológicos en pacientes con asma grave ha llevado a una definición de remisión clínica que se une a las escalas ya publicadas de respuesta al tratamiento (FEOS y EXACTO versión 2). El objetivo de este estudio es cuantificar el porcentaje de pacientes que alcanzan la remisión clínica definida por dichas escalas de respuesta y usando los criterios del consenso español (REMAS).

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo en el que se incluyeron 133 pacientes a los que se les había iniciado tratamiento con algún fármaco biológico en Cantabria entre 2019 y 2023. La respuesta clínica se evaluó con las escalas EXACTO v2 y FEOS, mientras que la remisión clínica se definió como: ACT  $\geq$  20 puntos, sin medicación de rescate, FEV<sub>1</sub>  $\geq$  80% o  $>$  90% del mejor valor histórico, sin exacerbaciones ni uso de corticoides orales al menos 12 meses.

**Resultados:** La edad media fue de 54,1 (DE  $\pm$  15,5) años, 57,9% mujeres y el 87,9% con un fenotipo tipo 2, FEV<sub>1</sub> 74,5% (DE  $\pm$  21,7) y FeNO 38,5 ppb (IC 3-201). La media de años con la enfermedad fue de 21 (1-74). El 100% de los pacientes estaban en tratamiento con LABA/Cl a dosis altas, el 90,1% con LAMA y un 25% (33 pacientes) con corticoides orales (CO) al inicio. En cuanto al tratamiento biológico: 17 pacientes (12,7%) recibían omalizumab, 55 (41,3%) benralizumab, 33 (24,8%) mepolizumab, 2 (1,5%) reslizumab y 26 pacientes (19,5%) dupilumab. La puntuación del FEOS al año de inicio fue de 63,38 (IC 14-100); en la escala EXACTO, 74,1% de los pacientes obtuvo una respuesta buena o completa, alcanzando el 89,76% si se excluían los pacientes con corticoides orales que se alcanza en el 16,6%. La remisión clínica se alcanzó en 44,18% de los pacientes. No se encontró relación entre los años de evolución de la enfermedad y la remisión clínica (p 0,16).

**Conclusiones:** Las terapias biológicas mejoran significativamente el control del asma, reflejado en las escalas FEOS y EXACTO, y logran remisión clínica en casi la mitad de los pacientes. Los pacientes sin corticoides orales al inicio consiguen una mejor respuesta al tratamiento. Además, reducen el uso de CO, mitigando sus efectos secundarios. Estos hallazgos destacan la importancia de tratamientos personalizados para el asma grave y subrayan el claro impacto positivo de estas nuevas terapias.

## 122. IDENTIFICACIÓN DE MARCADORES GENÉTICOS ASOCIADOS CON LAS EXACERBACIONES DEL ASMA EN POBLACIÓN ESPAÑOLA

Elena Martín González<sup>1</sup>, Javier Pérez García<sup>2</sup>,  
 Mario Martín Almedia<sup>1</sup>, José M. Hernández Pérez<sup>3</sup>,  
 José A. Pérez Pérez<sup>4</sup>, Mario González Carracedo<sup>5</sup>,  
 Ruperto González Pérez<sup>6</sup>, Olaia Sardón Prado<sup>7</sup>, Elena Mederos Luis<sup>6</sup>,  
 Inmaculada Sánchez Machín<sup>6</sup>, Paloma Poza Guedes<sup>6</sup>,  
 Paula Corcuera Elosegui<sup>8</sup>, Victoria del Pozo Mega Study<sup>9</sup>,  
 Fabián Lorenzo Díaz<sup>1</sup> y María Pino Yanes<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Grupo de Genómica y Salud, Departamento de Bioquímica, Microbiología, Biología Celular y Genética, Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna, España. <sup>2</sup>Grupo de Genómica y Salud, Departamento de Bioquímica, Microbiología, Biología Celular y Genética, Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna, España. Departamento de Epidemiología y Salud de la Población, Universidad de Stanford, Stanford, Estados Unidos. <sup>3</sup>Departamento de Medicina Respiratoria, Hospital Universitario de Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España. <sup>4</sup>Grupo de Genómica y Salud, Departamento de Bioquímica, Microbiología, Biología Celular y Genética, Universidad de La Laguna. Instituto Universitario de Enfermedades Tropicales y Salud Pública de Canarias, Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna, España. <sup>5</sup>Grupo de Genómica y Salud, Departamento de Bioquímica, Microbiología, Biología Celular y Genética, Universidad de La Laguna. Instituto Universitario de Enfermedades Tropicales y Salud Pública de Canarias, Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna, España. <sup>6</sup>Servicio de Alergología, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España. <sup>7</sup>Departamento de Pediatría, Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Unidad de Neumología Pediátrica, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, España. <sup>8</sup>Unidad de Neumología Pediátrica, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, España. <sup>9</sup>Departamento de Inmunología, Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. <sup>10</sup>Grupo de Genómica y Salud, Departamento de Bioquímica, Microbiología, Biología Celular y Genética, Universidad de La Laguna. Instituto de Tecnologías Biomédicas (ITB), Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna. CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Madrid, España.

**Introducción:** Las exacerbaciones del asma suponen un problema importante para la salud pública, debido a su impacto en la calidad de vida y el riesgo de mortalidad de los pacientes, así como en la carga económica asociada. Comprender sus bases genéticas podría facilitar el desarrollo de tratamientos personalizados, mejorando así las estrategias de manejo y prevención. Aunque algunos estudios previos han identificado variantes genéticas asociadas con las exacerbaciones en europeos, ninguno se ha centrado en la población española. Por ello, nuestro objetivo consistió en identificar variantes genéticas asociadas con las exacerbaciones del asma en españoles.

**Material y métodos:** Se genotiparon 851 adultos asmáticos españoles procedentes de tres estudios diferentes con el Global Screening Array v3,0 (Illumina). Para cada estudio, se examinó la asociación entre las variantes genéticas y las exacerbaciones mediante regresiones logísticas ajustando por edad, sexo y ascendencia genética, y los resultados se meta-analizaron empleando modelos de efectos fijos o aleatorios, dependiendo de la heterogeneidad entre estudios. Se identificaron variantes independientes ( $r^2 \leq 0,8$ ) con asociación sugerente ( $p \leq 5 \times 10^{-5}$ ) y se evaluó su replicación en una población española pediátrica de 90 niños asmáticos.

**Resultados:** Un total de 193 variantes genéticas se asociaron sugerentemente con las exacerbaciones del asma en el metanálisis. De ellas, tres variantes independientes fueron validadas en la población pediátrica y mostraron efectos consistentes: rs847517 anotada al represor

transcripcional similar a BRMS1 (BRMS1L) (descubrimiento: *odds ratio* (OR) alelo T = 0,63,  $p = 1,27 \times 10^{-5}$ ; replicación: OR alelo T = 0,42,  $p = 1,41 \times 10^{-2}$ ), rs79017090 ubicado en la proteína con dedos de zinc 780A (ZN-F780A) (descubrimiento: OR alelo G = 2,08,  $p = 3,04 \times 10^{-5}$ ; replicación: OR alelo G = 3,14,  $p = 4,40 \times 10^{-2}$ ), y rs11786009 correspondiente a la fosfatasa 4 de especificidad dual (DUSP4) (descubrimiento: OR alelo G = 0,58,  $p = 3,61 \times 10^{-5}$ ; replicación: OR alelo G = 0,40,  $p = 4,83 \times 10^{-2}$ ). Estos genes han sido asociados previamente con el cáncer de pulmón, la exposición a sustancias químicas y la sensibilidad a corticosteroides.

**Conclusiones:** Este estudio identificó nuevas variantes genéticas asociadas sugerentemente con las exacerbaciones del asma en población española.

Financiación: Proyecto PID2020-116274RB-I00, MICIU/AEI/10,13039/501100011033.

## 741. IMPACTO DE LAS TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS SOBRE EL ABORDAJE DE PACIENTES CON ASMA GRAVE TRIBUTARIOS A TERAPIA BIOLÓGICA

Carmen Lores Benavente<sup>1</sup>, Cristina Bellver Asperilla<sup>1</sup>, Rosa María López Lisbona<sup>1</sup>, Marta Plana Pes<sup>1</sup>, Domingo Madera Hernández<sup>1</sup>, Guillermo Suárez Cuartín<sup>2</sup>, Samantha Aso González<sup>3</sup>, Salud Santos Pérez<sup>2</sup> y Mariana Muñoz Esquerre<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Bellvitge, IDIBELL, Barcelona, España. <sup>2</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Bellvitge, IDIBELL. Universidad de Barcelona. Red de Investigación en Enfermedades Respiratorias (CIBERES), ISCIII, Barcelona, España.

<sup>3</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Bellvitge, IDIBELL, Universidad de Barcelona, España.

**Introducción:** La caracterización de la inflamación bronquial en pacientes con asma grave mal controlada permite establecer fenotipos que pueden guiar su manejo. Estudios recientes indican que la broncoscopia es una prueba segura que permite obtener muestras microbiológicas y biopsias para caracterizar mejor la inflamación, aunque su uso no está protocolizado. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto y seguridad de las técnicas endoscópicas en pacientes con asma grave tributarios a terapia biológica (TB); en concreto de determinación del fenotipo eosinofílico, el porcentaje de pacientes con infección tratable y el porcentaje que no requirió inicio de TB.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, donde se incluyeron los pacientes con asma grave no controlada en los que se realizó una broncoscopia diagnóstica desde 2018, con seguimiento  $\geq 1$  año posterior a esta. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos y funcionales. Como técnicas endoscópicas se realizó: revisión macroscópica, recogida de aspirado bronquial (BAS), lavado bronquioalveolar de 150 cc de suero fisiológico (BAL) y biopsia bronquial. El BAS y BAL se remitió para estudio citológico y microbiológico, y del BAL se realizó estudio citohematológico y cultivos de micobacterias, *Nocardia* y hongos.

**Resultados:** Se incluyó 50 pacientes con edad mediana de 58,6 [50,67] y 62% mujeres. 39 (78%) pacientes eran *naïve* y 11 (22%) tenían TB previa realizándose broncoscopia por respuesta subóptima. Del total de pacientes, se realizó BAL en 39 y biopsia bronquial en 37. Sobre el estudio microbiológico, en 16% de pacientes se hallaron patógenos que requirieron tratamiento (fig. 1A), resultando el BAL más rentable que el BAS para detectar infección subyacente. Sobre la evaluación del fenotipo, del 40% de pacientes con  $< 150$  eosinófilos, 43% tuvieron eosinofilia leve en la biopsia bronquial, mientras que en ninguno se halló eosinofilia moderada/grave. En el seguimiento, de los 39 pacientes *naïve*, 33 (85%) iniciaron TB y 6 (15%) se mantuvieron sin TB tras 5 años ( $> 2.000$  días) (fig. 1C). No se registraron complicaciones graves de la broncoscopia, siendo las más frecuentes sangrado leve resuelto con hemostasia y necesidad de corticoterapia por empeoramiento del asma (fig. 1D).

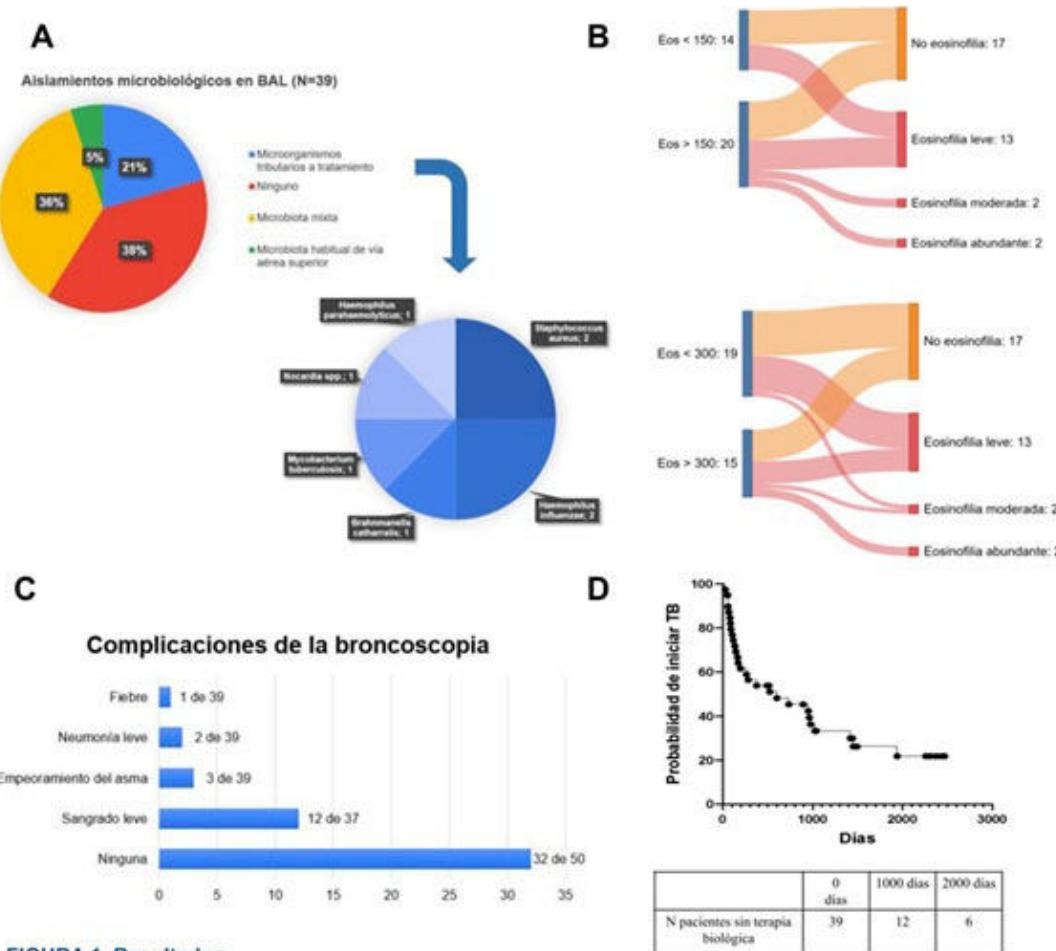
**FIGURA 1. Resultados****Figura 1A:** Aislamientos microbiológicos en BAL.**Figura 1B:** Cambio de fenotipo usando como biomarcador la eosinofilia periférica de 150 y 300 cél/µL y los resultados de biopsia bronquial.**Figura 1C:** Complicaciones de la broncoscopia.**Figura 1D:** Probabilidad de iniciar Terapia biológica tras los resultados de la broncoscopia.

Figura 1. Comunicación 741. Resultados. Figura 1A) Aislamientos microbiológicos en BAL. Figura 1B) Cambio de fenotipo usando como biomarcador la eosinofilia periférica de 150 y 300 cél/µL y los resultados de biopsia bronquial. Figura 1C) Complicaciones de la broncoscopia. Figura 1D) Probabilidad de iniciar terapia biológica tras los resultados de la broncoscopia.

POBLACIÓN TOTAL (N=50 pacientes)	
Edad (años)	58.6 [50.2,67.2]*
Sexo femenino	61 (32%)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	29.1 [25.0,33.2]*
Historia de atopia	11 (22%)
Poliposis nasal	13 (26%)
Rinitis alérgica	9 (18%)
RGE	23 (46%)
Bronquiectasias	11 (22%)
Asma-EPOC	4 (8%)
AOS	18 (36%)
Ansiedad y depresión	18 (36%)
Disfunción de CCVV	1 (2%)
GEPA	1 (2%)
Síndrome de hiperventilación	4 (8%)
IgEs plasmáticas	87 [33,248]*
FEV1 (mL)	1850 [1205,2450]*
FEV1 (%)	76 [50,90.5]*
FeNO (ppb)	30 [18,65.5]*
Eosinófilos (cél/µL)	180 [75,345]*
ACT (puntos)	12.5 [9,16]*
Nº visitas a Urgencias en el último año	1 [0,1]*

Tabla 1. Características descriptivas de la población total (N=50).

\*Variables expresadas en mediana [IQR]

**Conclusiones:** La broncoscopia es una prueba segura que permitió diagnosticar infección respiratoria tratable en 16% de pacientes y que evitó el inicio de TB en 15%. Ayudó además a confirmar el fenotipo mediante biopsia bronquial en pacientes con escasa eosinofilia periférica.

## 720. IMPACTO DE LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS PARA EL ASMA GRAVE EN EL CONSUMO DE CORTICOIDEOS ORALES

**Miguel Ángel Sánchez de Toro** y **Yolanda Domínguez Rivas**  
Hospital Serranía de Ronda, España.

**Introducción:** Los tratamientos biológicos para el asma grave buscan reducir exacerbaciones, visitas a urgencias, hospitalizaciones y el uso de corticoides sistémicos (CS), cuyo consumo prolongado está asociado con eventos adversos significativos. Se necesitan estudios en la vida real para evaluar su impacto en la reducción de CS. Este estudio analiza el cambio en el consumo acumulado de CS en pacientes con asma grave no controlado (AGNC) tratados con biológicos, comparando los 12 meses anteriores al inicio del tratamiento con los 12 meses posteriores al inicio.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes con AGNC tratados con biológicos (omalizumab, mepolizumab, benralizumab, dupilumab) durante al menos un año. Si el paciente había recibido más de un biológico, se analizó el último tratamiento. Se comparó el consumo de CS en los 12 meses anteriores al inicio del tratamiento biológico con los 12 meses posteriores, expresado en Dosis Diarias Definidas (DDD) anuales, obtenidas de la aplicación Microstrategy.

**Resultados:** Se incluyeron 35 pacientes tratados con biológicos: 14 mepolizumab (40%), 9 benralizumab (25,7%), 6 dupilumab (17,1%) y 6 omalizumab (17,1%). De ellos, 24 requerían CS basales; 12 (50%) lograron interrumpirlos y 5 (20,8%) redujeron la dosis. Benralizumab fue el biológico con más suspensiones/reducciones (35,3%), seguido de mepolizumab (29,4%), dupilumab (17,6%) y omalizumab (17,6%). Del total, 22 pacientes (62,9%) recibieron un único biológico y 13 (37,1%) más de uno. Entre los pacientes corticodependientes tratados con un único biológico, los porcentajes de reducción o suspensión del uso de corticoides sistémicos fueron: benralizumab (40%), omalizumab (30%), dupilumab (20%) y mepolizumab (10%). En los que recibieron más de un biológico, los porcentajes fueron: mepolizumab (57,1%), benralizumab (28,6%) y dupilumab (14,3%). No hubo pacientes tratados con omalizumab en este grupo.

**Conclusiones:** El 70,8% de los pacientes corticodependientes lograron reducir o interrumpir el uso de CS, confirmando la eficacia de los tratamientos biológicos para disminuir la dependencia de CS y reducir las reacciones adversas asociadas.

#### 843. IMPACTO DE BENRALIZUMAB EN LA REDUCCIÓN DE FENO EN ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE CON CRSwNP: RESULTADOS DE VIDA REAL

**Ane Uriarte Pérez**, Juan de la Cruz Madrid González, Marta Ruiz Solana, Pedro José Argos Vélez, Patricia Druet Toquero, Marina Blancas García, Javier Zuazaga Fuentes, Lucía Huidobro Bringas, Claudia Poo Fernández, Sergio García Martín, Beatriz Abascal Bolado y Juan Luis García Rivero

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

**Introducción:** El asma eosinofílica grave es una enfermedad respiratoria compleja que se asocia frecuentemente con comorbilidades como la rinosinusitis crónica con pólipos nasales (CRSwNP), lo que añade un componente inflamatorio significativo. Benralizumab, un anticuerpo monoclonal dirigido contra el receptor de IL-5, ha demostrado ser eficaz en la reducción de exacerbaciones y en la mejora del control del asma. El óxido nítrico exhalado fraccionado (FeNO) es un biomarcador clave de inflamación eosinofílica, especialmente elevado en pacientes con CRSwNP. Sin embargo, su papel en el seguimiento de la respuesta al tratamiento con benralizumab sigue siendo poco explorado.

**Objetivos:** Evaluar el impacto de benralizumab en los niveles de FeNO en pacientes con asma eosinofílica grave, diferenciando los resultados entre aquellos con y sin CRSwNP, y analizar su relación con parámetros clínicos como función pulmonar, control del asma y exacerbaciones.

**Material y métodos:** Diseño: estudio retrospectivo unicéntrico. Población: 43 pacientes con asma eosinofílica grave tratados con benralizumab durante 12 meses. Grupos: Con CRSwNP (n = 13) y sin CRSwNP (n = 30). Variables principales: FeNO, FEV<sub>1</sub>, FVC, ACT, exacerbaciones y uso de corticosteroides orales (OCS). Análisis estadístico: Comparación intragrupo mediante t de Student pareada e intergrupo con t de Student independiente; uso de modelos lineales mixtos para análisis longitudinal.

**Resultados:** Los niveles de FeNO al inicio fueron significativamente más altos en el grupo con CRSwNP (82,80 ppb) en compara-

ción con el grupo sin CRSwNP (41,86 ppb, p = 0,019). A los 12 meses, los pacientes con CRSwNP mostraron una reducción significativa de FeNO (-29,69 ppb, p = 0,036). La función pulmonar mejoró en ambos grupos, pero fue más pronunciada en pacientes con CRSwNP. El FEV<sub>1</sub> aumentó +0,59 L frente a +0,38 L en el grupo sin CRSwNP (p = 0,017). En cuanto al control del asma, los pacientes con CRSwNP tuvieron un aumento más marcado en el puntaje ACT (+6,46) en comparación con el grupo sin CRSwNP (+4,01, p < 0,001). Ambos grupos presentaron una reducción significativa en el número de exacerbaciones (-3,12 vs. -3,60, p < 0,001) y tasas similares de retirada completa de OCS (53,8 vs. 43,3%).

Tabla 1. Características basales de los pacientes con y sin CRSwNP

Variables	Con CRSwNP (N = 13)	Sin CRSwNP (N = 30)	p
Edad (años)	62,54 ± 13,12	64,87 ± 9,98	0,490
Sexo (% femenino)	53,85	66,67	
IMC	28,50 ± 4,87	26,54 ± 4,97	0,297
Años con asma	21,31 ± 13,28	19,47 ± 12,93	0,733
Fumadores (% no fumadores)	61,54	63,33	
Biológicos previos (% no)	69,23	66,67	
CSO (% sí)	46,15	40,00	
CSO dosis (mg)	8,46 ± 8,52	10,85 ± 7,65	0,411
Eosinófilos basales (cels/µL)	629,54 ± 353,17	531,17 ± 288,97	0,324
FeNO inicial (ppb)	82,80 ± 61,20	41,86 ± 31,67	0,019
ACT inicial	15,08 ± 4,49	16,07 ± 4,52	0,650
FEV <sub>1</sub> inicial (mL)	2.022,50 ± 593,12	1.806,82 ± 703,46	0,465
FVC inicial (mL)	3.272,50 ± 1156,86	2.861,36 ± 822,49	0,255

Tabla 2. Evolución del FeNO, FEV<sub>1</sub>, FVC, ACT, Exacerbaciones e ingresos hospitalarios en pacientes con y sin CRSwNP

Variables	Con CRSwNP	Sin CRSwNP	p
FeNO inicial (ppb)	82,80	41,86	
FeNO 3 meses (ppb)	115,29	42,72	
FeNO 6 meses (ppb)	66,14	30,82	
FeNO 12 meses (ppb)	53,11	45,41	
FeNO inicial -12 meses (ppb)	-29,69	+3,55	0,036
FEV <sub>1</sub> inicial (mL)	2.022,50	1.806,82	
FEV <sub>1</sub> 3 meses (mL)	2.391,25	1.928,64	
FEV <sub>1</sub> 6 meses (mL)	2.310,00	2.161,43	
FEV <sub>1</sub> 12 meses (mL)	2.616,00	2.182,17	
FEV <sub>1</sub> inicial-12 meses (mL)	+593,50	+375,35	0,018
FVC inicial (mL)	2.928,85	2.973,33	
FVC 3 meses (mL)	3.150,00	3.391,43	
FVC 6 meses (mL)	3.341,43	3.435,91	
FVC 12 meses (mL)	3.392,86	3.419,57	
FVC inicial -12 meses (mL)	+464,01	+446,24	0,034
ACT inicial	15,25 ± 4,31	16,04 ± 4,62	
ACT 3 meses	19,91 ± 3,08	19,86 ± 3,35	
ACT 6 meses	21,73 ± 2,45	20,18 ± 4,26	
ACT 12 meses	21,55 ± 2,62	20,04 ± 4,37	
ACT inicial 12 meses	+6,46	+4,01	< 0,001
Exacerbaciones basales	3,67 ± 2,27	3,83 ± 2,81	
Exacerbaciones a los 12 meses	0,55 ± 0,69	0,23 ± 0,53	
Exacerbaciones inicial-12 meses	-3,12	-3,60	0,002
Ingresos hospitalarios basales	0,17 ± 0,39	0,86 ± 1,69	
Ingresos hospitalarios a los 12 meses	0,00 ± 0,00	0,18 ± 0,67	
Ingresos hospitalarios inicial vs. 12 meses	- 0,17	- 0,68	0,166
Cese de CSO	7 out of 13 (53,8%)	13 out of 30 (43,3%)	
N.º exacerbaciones tras cese de CSO	6 out of 13 (46,2%)	11 out of 30 (36,7%)	

**Conclusiones:** Benralizumab reduce significativamente los niveles de FeNO y mejora los resultados clínicos en pacientes con asma eosinofílica grave, especialmente en aquellos con CRSwNP. La monitorización de FeNO ofrece información valiosa sobre la respuesta al tratamiento y destaca su potencial como biomarcador en este subgrupo.

Figura 1. Evolución de FENO en pacientes con y sin CRSwNP

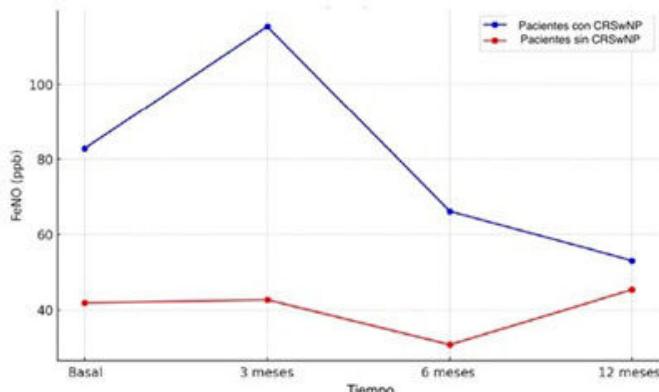


Figura 2. Evolución de ACT en pacientes con y sin CRSwNP

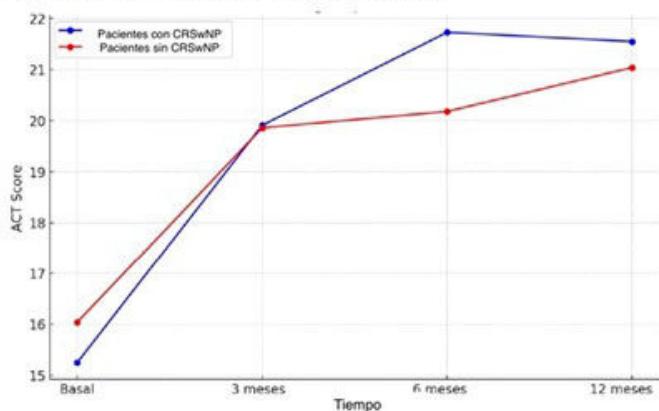


Figura 3. Evolución de FEV1 en pacientes con y sin CRSwNP

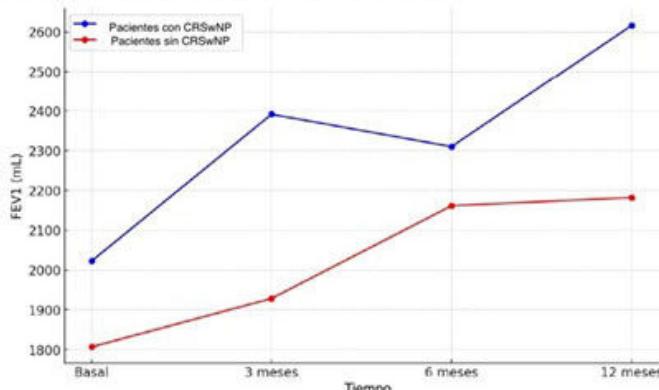
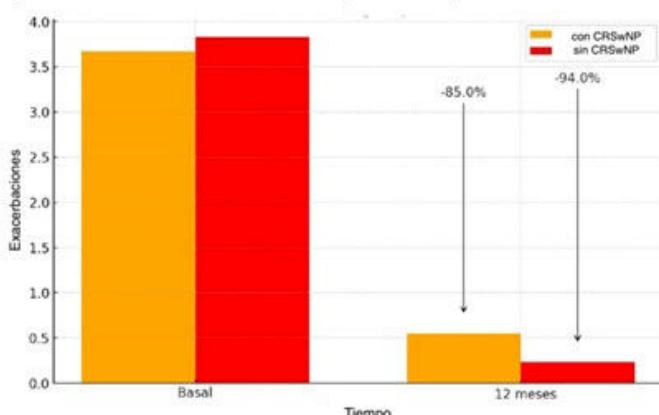


Figura 4. Evolución de las exacerbaciones en pacientes con y sin CRSwNP



## 152. IMPACTO DE LOS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN LA FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON ASMA DE DIFÍCIL CONTROL

**Jordan Smith Bautista Villamizar**, Paloma Ferreira Fernández, María José Pavón Fernández, Raquel López Vime, Dita Kopecna, Diego Vázquez Guil, Nuria Abad Santamaría, Susana Flórez Martín y Ana Encabo Motiño

Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España.

**Introducción:** El asma de difícil control representa un desafío terapéutico significativo debido a la limitada respuesta a los tratamientos convencionales. Los tratamientos biológicos han surgido como una opción prometedora, con el potencial de mejorar la función pulmonar y reducir la dependencia de medicaciones de rescate durante las exacerbaciones.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de asma de difícil control en seguimiento en consultas de Neumología que están recibiendo terapia biológica. Recogida de datos en hoja de Excel. El análisis estadístico se realizó con SPSS. Se analizaron variables para observar los cambios en la función pulmonar ( $FEV_1\%$ ) antes y después del tratamiento utilizando pruebas paramétricas como t-Student y ANOVA.

**Resultados:** La población incluyó 20 pacientes, 40% hombres y 60% mujeres, con una edad media de  $45,2 \pm 12,3$  años. Respecto a los hábitos de tabaquismo, el 50% eran no fumadores, el 40% exfumadores y el 20% fumadores actuales. Las comorbilidades más frecuentes fueron obesidad (30%), seguida de EPOC (20%), hipertensión (15%) y diabetes mellitus (10%). Los valores promedio de biomarcadores fueron eosinófilos  $300 \pm 50$  y IgE  $150 \pm 30$ . El tratamiento biológico en pacientes con asma de difícil control mostró un impacto positivo significativo en la función pulmonar, evidenciado por un aumento del  $FEV_1$  de  $65,0 \pm 15,0$  a  $70,1 \pm 10,5$  ( $p < 0,01$ ) y una reducción en la necesidad de medicación de rescate ( $p < 0,01$ ). Además, las exacerbaciones disminuyeron de 35 a 15 episodios confirmando la eficacia del tratamiento ( $p < 0,01$ ). Por último, no se observaron diferencias significativas en el uso de corticoides antes y después de iniciar tratamiento ( $p = 0,4235$ ).

Tabla demográfica y clínica

Variable	N	Porcentaje %
Masculino	8	40
Femenino	12	60
Edad media	20	$45,2 \pm 12,3$
No fumadores	10	50
Exfumador	6	30
Fumador actual	4	20

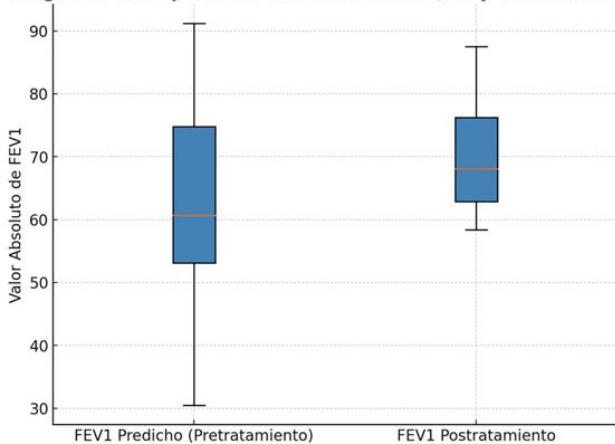
FEV1 (predicho)	$65,0 \pm 15,0$	EPOC 20%
Eosinófilos	$300 \pm 50$	Hipertensión 15%
IgE	$150 \pm 30$	Diabetes mellitus 10%
		Alergias (no RAMC) 40%
		Obesidad 30%

Comparación antes y después del tratamiento: resultados clínicos

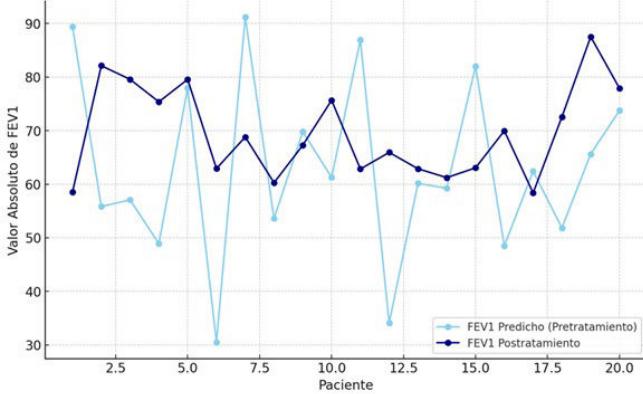
Resultado	Pretratamiento	Postratamiento	p
Uso de medicación de rescate	18	10	$< 0,001$
Control de síntomas (bien controlado)	5	15	0,01

FEV1	$65,0 \pm 15,0$	$70,1 \pm 10,5$	-10,72	$2,96^{18}$
Frecuencia de medicación de rescate	18	10	20,45	$2,50^{37}$

## Diagrama de Caja de los Valores de FEV1 (Pre y Postratamiento)



## Gráfico de Línea del Cambio en FEV1 por Paciente (Pre y Postratamiento)



**Conclusiones:** Los tratamientos biológicos mejoran significativamente el FEV<sub>1</sub> en pacientes con asma de difícil control, destacándose como una alternativa eficaz a los tratamientos convencionales, especialmente para aquellos con respuesta insuficiente. Este efecto, junto con la reducción de la dependencia de medicación de rescate, contribuye a una mejor calidad de vida de los pacientes. Se recomienda identificar a pacientes con mal control de asma puesto que actualmente existen tratamientos efectivos que mejoran significativamente la calidad de vida y de su entorno familiar.

## 572. IMPACTO DEL CAMBIO EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES ASMÁTICOS CON PRUEBA BRONCODILATADORA POSITIVA EN EL SEGUIMIENTO

Clara Seghers Carreras, Miguel Jiménez Gómez,

Begoña Peña del Cura, Lucía Ortega Ruiz

y Rocío Magdalena Díaz Campos

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

**Introducción:** La prueba broncodilatadora positiva (PBD+) en pacientes asmáticos está relacionada con un peor control de síntomas. Se considera un marcador a tener en cuenta para alcanzar el control de la enfermedad. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto del aumento de tratamiento en pacientes asmáticos con prueba broncodilatadora positiva, en relación con el control clínico, adherencia, función pulmonar y riesgo de exacerbaciones al cabo de un año de seguimiento.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de asma (según los criterios de la GEMA 5,4) en tratamiento y seguimiento en una consulta monográfica de un hospital terciario entre enero y junio de 2023, y que mantuvieron seguimiento un año después. Se registraron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas y de función respiratoria. Se siguieron las recomendaciones de la GEMA 5,4 para el diagnóstico de PBD+ (aumento  $\geq 12\%$  y 200 ml del FEV<sub>1</sub> o aumento  $> 10\%$  del valor teórico de FEV<sub>1</sub> o FVC). Se definió como aumento de tratamiento el incremento de la dosis de corticoides inhalados (CI).

fica de un hospital terciario entre enero y junio de 2023, y que mantuvieron seguimiento un año después. Se registraron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas y de función respiratoria. Se siguieron las recomendaciones de la GEMA 5,4 para el diagnóstico de PBD+ (aumento  $\geq 12\%$  y 200 ml del FEV<sub>1</sub> o aumento  $> 10\%$  del valor teórico de FEV<sub>1</sub> o FVC). Se definió como aumento de tratamiento el incremento de la dosis de corticoides inhalados (CI).

**Resultados:** Se incluyeron 198 pacientes de los cuales el 25,3% (50) presentaron una PBD+. Al 28% (14) de pacientes con PBD+ se les aumentó la dosis de CI. Estos pacientes presentaron una mejor adherencia medida (TAI 50/50 puntos 100 vs. 70%,  $p = 0,046$ ), sin objetivarse diferencias significativas en el grado de control (ACT score), función pulmonar (FEV<sub>1</sub>) o exacerbaciones el año previo en comparación con los que no se cambió el tratamiento (tabla 1). Durante el seguimiento, los pacientes a los que se les aumentó la dosis de CI presentaron, pese al aumento de dosis, un riesgo mayor de exacerbaciones al año de seguimiento (RR 1,49), peor control del asma medida por el ACT (RR 0,34), sin objetivarse diferencias significativas en la mejoría del FEV<sub>1</sub> (tabla 2).

Tabla 1. Comparación en pacientes con PBD+ en función del cambio de tratamiento

PBD+ durante el seguimiento	No aumento dosis (n = 36)	Aumento dosis CI (n = 14)	p
Edad (años), mediana (RIQ)	62 (49,3-67,8)	58,5 (44,3-69,3)	NS
Mujeres, n (%)	25 (69,4%)	11 (78,6%)	NS
Eosinófilos (células/μL), mediana (RIQ)	200 (100-400)	250 (100-500)	NS
FEV <sub>1</sub> pos-BD (%), mediana (RIQ)	81,5 (67,3-103,5)	80,5 (74-97)	NS
FeNO (ppb), mediana (RIQ)	36 (16,8-56,5)	37 (17,8-67,3)	NS
Gravedad, n (%)			NS
Moderada	5 (13,9)	3 (21,4%)	
Grave	31 (86,1)	11 (78,6%)	
Exacerbaciones año previo, n (%)			NS
No	20 (55,6%)	9 (64,3%)	
1	8 (22,2%)	4 (28,6%)	
2	4 (11,1%)	0	
3 o más	4 (11,1%)	1 (7,1%)	
Ingreso año previo, n (%)	3 (8,3%)	0	NS
ACT (puntuación), mediana (RIQ)	24 (20-25)	21 (18,8-23,2)	NS
TAI, n (%) (*n = 34)			
Buena adherencia	16 (70%)	11 (100%)	0,046a
Adherencia intermedia	7 (30%)	0	

ACT: asthma control test; BD: broncodilatador; CI: corticoide inhalado; FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; RIQ: rango intercuartílico; RR: riesgo relativo.

Tabla 2. Evolución al año de seguimiento de pacientes con PBD+ en función del cambio de tratamiento

	No aumento de dosis (n = 36)	Aumento de dosis CI (n = 14)
ACT al año (RR aumento/no aumento)	0,34	
Exacerbaciones al año (RR aumento/no aumento)	1,49	
Mejoría del FEV <sub>1</sub> (ml) postBD, mediana (RIQ)	285 (250-432,5)	330 (270-435)

**Conclusiones:** En nuestra serie, se aumentó el tratamiento al 28% de los pacientes con PBD+, los cuales presentaban mejor adhesión terapéutica respecto a los que no se incrementó la dosis. Los pacientes asmáticos con PBD+ durante el seguimiento y buena adhesión, presentaron mayor tasa de exacerbaciones y peor control del asma al año de seguimiento a pesar del aumento de la dosis de tratamiento respecto a los que no.

### 31. IMPACTO DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO DE CORTICOIDES INHALADOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA GRAVE NO CONTROLADO EN TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS

**María Sánchez-Carpintero Abad**<sup>1</sup>, Pilar Alba García-Baquero<sup>1</sup>, Marta Arroyo Cozar<sup>1</sup>, Aurora Losada Peña<sup>1</sup>, Emma González Seco<sup>1</sup>, Carolina Apezteguía Fernández<sup>1</sup>, Imelda Mate Alonso<sup>1</sup>, Rubén Pascual Mate<sup>2</sup> y Ruth Herrero Mosquete<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid, España. <sup>2</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España.

**Introducción:** Hay una baja adhesión al tratamiento broncodilatador en asma (30-70%), lo cual se ha asociado a un incremento de mortalidad y gastos, más uso de medicación de rescate y exacerbaciones. Un 3-10% de los asmáticos presentan asma grave no controlada pudiendo ser tratados con fármacos biológicos. Se estima que hasta 2/3 de ellos no responden al mismo, entre otras causas por la incorrecta identificación de los pacientes, la falta de adhesión o la presencia de comorbilidades. En estos pacientes hay menos publicaciones sobre la adhesión y menos aún en los pacientes con indicación de tratamiento con biológico. Es posible que la falta de adhesión a los corticoides inhalados tenga impacto en los parámetros que miden la respuesta a los biológicos. Por tanto, este estudio tiene los objetivos de describir a los pacientes con asma grave no controlada con tratamiento biológico de nuestro hospital y su respuesta al tratamiento biológico, así como determinar el grado de adhesión al tratamiento con corticoides inhalados y su impacto en la respuesta al tratamiento con biológico.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo, retrospectivo y analítico con comparaciones pre-post. Se incluye a los adultos diagnosticados de asma grave no controlada en tratamiento con biológicos en nuestro hospital. La respuesta al biológico se evalúa mediante la tasa de exacerbaciones, dosis de corticoides sistémicos, biomarcadores y función pulmonar. Se estima la proporción de adhesión al tratamiento con corticoides inhalados mediante la escala Medication Possession Ratio y el Test de Adhesión a los Inhaladores.

**Resultados:** Se incluyen 36 pacientes con una edad media de 49 años. El 70% son mujeres. Entre un 30-47% presentan ansiedad o depresión. Tras el tratamiento con biológico se ha observado una reducción de los biomarcadores y una leve mejoría de función pulmonar. La tasa de crisis asmáticas moderadas o graves se reduce a la mitad. Los corticoides orales se suspenden o reducen dosis. Un 54,5% de pacientes no cumplen con el corticoide inhalado en el año previo al inicio del biológico y un 58,3% con el biológico. En ambos casos, la tasa mensual de crisis es mayor comparándolos con los que cumplen con el corticoide inhalado.

**Conclusiones:** La adhesión al corticoide inhalado en pacientes con asma grave no controlada es mala, tanto cuando se indica el biológico como durante el tratamiento con el biológico. Estos hallazgos sugieren que puede haber indicaciones inadecuadas del biológico y una peor respuesta al mismo por el incumplimiento.

### 747. IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA AÉREA (CPAP) SOBRE EL ASMA BRONQUIAL (AB) EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS) Y AB

**Miguel Ángel Sánchez de Toro**, Dario Miguel Martínez Rodríguez, Yolanda Domínguez Rivas y Alberto Varas Pérez  
Hospital Serranía de Ronda, Málaga, España.

**Introducción:** La coexistencia de apnea obstructiva del sueño (AOS) y de asma bronquial (AB) se asocia a un aumento de comorbilidades respiratorias. Así, la AOS puede agravar los síntomas del AB y dificultar su control, conllevando un aumento de las exacerbaciones

y del número de fármacos necesarios para su control. Esta asociación puede ser debida a la hipoxemia inducida por la AOS, que contribuye a una mayor inflamación de las vías aéreas. Dado que la CPAP ha demostrado ser efectiva para reducir los episodios de apnea y mejorar la saturación de oxígeno durante el sueño, se plantea la hipótesis de que su uso podría contribuir a un mejor control del AB en pacientes con AOS.

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo realizado en la Ud. de Sueño del Hospital Universitario de Álava (HUA) durante el año 2020. Se incluyeron 499 pacientes con sospecha de AOS a los que realizó poligrafía respiratoria, considerando un índice de apnea-hipopnea (IAH)  $\geq 5$  como umbral diagnóstico. A esta población se le realizó un cribado de AB mediante un cuestionario telefónico que evaluó los despertares nocturnos por disnea, las crisis de asma los últimos 12 meses y el tratamiento actual para AB. Se consideró sospechoso de AB una respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas. Estos fueron citados en consulta para valoración más exhaustiva y realizar pruebas complementarias para AB. Se analizó la evolución de los pacientes con AOS confirmada tratados con CPAP y AB confirmada, evaluando el control del asma (GEMA 5.4.) y el número de fármacos antiasmáticos utilizados antes y después de iniciar CPAP.

**Resultados:** 67,5% fueron varones. Edad media de  $53,6 \pm 12,7$  años. Del total, se consiguió contactar con 369 pacientes (73,9%) con sospecha de AOS. El IAH medio de estos pacientes fue de  $29,7 \pm 23,4$ . De los contactados, 53 (14,4%) resultaron positivos en el cribado telefónico de AB. 11 fueron excluidos por comorbilidades, otras enfermedades pulmonares crónicas o trastornos cognitivos. De los 42 restantes, se confirmó AB en 12 (28,57%) mientras que en 30 (71,42%) no se consiguió. De esos 30, 15 (50%) tenían una probabilidad clínica baja y otros 15 alta pero sin conseguir confirmación. En aquellos con AOS y AB confirmadas, la CPAP mostró una mejora significativa en el control del AB en el 72% y una reducción en el número de fármacos promedio de 3,33 a 3 por paciente.

**Conclusiones:** El tratamiento con CPAP demostró contribuir al control del AB en pacientes con AOS, reduciendo el número de fármacos antiasmáticos y mejorando los síntomas.

### 711. IMPACTO Y VIABILIDAD DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN PACIENTES CON ASMA GRAVE: PROYECTO PILOTO A 22 SEMANAS

**Héctor Cabrerizo Carreño**<sup>1</sup>, Ana Romero Ortiz<sup>2</sup>, Anna Rosich Fírvida<sup>3</sup>, Cristina Bellver Asperilla<sup>4</sup>, Guillermo Suárez Cuartín<sup>5</sup>, Samantha Aso González<sup>1</sup>, Verónica María Farieri<sup>6</sup>, Isabel Díaz Martos<sup>2</sup>, Salud Santos Pérez<sup>7</sup> y Mariana Muñoz Esquerre<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL, Universidad de Barcelona, España. <sup>2</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España. <sup>3</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Bellvitge - IDIBELL, Barcelona, España. <sup>4</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL, Barcelona, España. <sup>5</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL, Universidad de Barcelona. Red de Investigación en Enfermedades Respiratorias (CIBERES), ISCIII, Barcelona, España. <sup>6</sup>Servicio de Neumología, Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina. <sup>7</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Bellvitge, Universidad de Barcelona. Red de Investigación en Enfermedades Respiratorias (CIBERES), ISCIII, Barcelona, España.

**Introducción:** El seguimiento de los pacientes con asma grave, supone un reto actual, debido a la variabilidad del control de la enfermedad y al número creciente de pacientes en seguimiento. El objetivo principal del estudio fue evaluar la viabilidad e impacto en

terminos de alcance y adherencia, así como las alertas y acciones realizadas a raíz de un programa de seguimiento mediante un asistente virtual que utiliza inteligencia artificial (IA) conversacional en pacientes con asma grave.

**Material y métodos:** El estudio realizado fue unicéntrico, prospectivo y observacional, con un seguimiento de 22 semanas en pacientes con asma grave atendidos en la Unidad de Asma. Utiliza IA por voz (Tucuvi®) para realizar llamadas telefónicas periódicas y recoger variables clínicas. Se incluyeron adultos con diagnóstico confirmado y se excluyeron pacientes con barrera idiomática importante y participantes en ensayos clínicos recientes o presenten enfermedades crónicas graves.

**Resultados:** Se incluyeron 168 pacientes con una edad mediana de 63 años [53-71], de los cuales el 66% fueron mujeres. De ellos, el

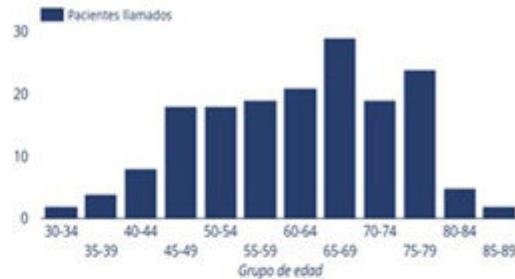
63% recibían terapia biológica (los datos demográficos se detallan en la figura 1). Se realizaron un total de 977 llamadas, con 856 contestadas y 818 completadas. De tal forma que el alcance del programa fue del 88% con una adherencia al mismo del 96%. Se invirtieron 176 horas de enfermería (8 horas semanales durante los 5 meses de seguimiento), para la revisión de 1.048 alertas generadas (fig. 2 A y B). El tiempo hasta la revisión de las alertas fue de 4 h 14 minutos de mediana y el 84% de las alertas fueron revisadas durante las primeras 24 h. Las acciones generadas debido a las alertas se describen en la figura 2C.

**Conclusiones:** Un programa de seguimiento mediante IA tiene un alto alcance y adherencia por parte de los pacientes y podría tener un impacto relevante en la práctica clínica en la detección temprana de pacientes con riesgo de padecer exacerbaciones.

Demográficas	N = 169
Edad, años	63 [53-71]
Mujeres, n (%)	111 (66,1%)
Índice de masa corporal, kg/m <sup>2</sup>	29 [24-33]
Tabaquismo, n (%)	
Nunca fumador	107 (63.7%)
Exfumador	57 (33.9%)
Fumador activo	4 (2.4%)
Alergia respiratoria, n (%)	71 (43.3%)
Escalón GEMA	6 [5-6]
Terapia biológica, n (%)	63 (37.5%)
Sin biológico	
Mepolizumab	37 (22.0%)
Dupilumab	29 (17.3%)
Omalizumab	16 (9.5%)
Benralizumab	15 (8.9%)
Tezepelumab	7 (4.2%)
Reslizumab	1 (0.6%)
Variables de control del asma	
Asthma Control Test, puntos	21 [17-24]
Nº Exacerbaciones anuales en año previo	1.0 [0.0-2.0]
Nº Visitas a urgencias en año previo	1.0 [0.0-2.0]
Nº Ingresos hospitalarios en año previo	0.0 [0.0-0.0]
Nº ciclos de CS en año previo	1.0 [0.0-2.0]
Nº ciclos de antibióticos en año previo	0.0 [0.0-1.0]
FEV1, Litros	1.94 [1.53-2.53]
FEV1 % prebroncodilatador	89.53 [72.25-103.0]
Prueba broncodilatadora positiva, n (%)	32 (19.4%)
Fracción exhalada de NO, ppb	46.0 [26.95-81.5]
IgE total sanguínea, k.IgE.u/L	85.0 [34.0-279.5]
Recuento eosinófilos en sangre, cel/uL	190 [60-345]
Recuento máximo de eosinófilos en sangre, cel/uL	560 [350-945]

Los datos se muestran en mediana [rango intercuartílico].  
Abreviaturas: GEMA: Guía Española para el manejo del asma, CS: Corticoides sistémicos, FEV1: Volumen inspiratorio forzado en el primer segundo, NO: dióxido nítrico, IgE: Immunoglobulina E.

### Distribución por edad



### Distribución por edad y sexo

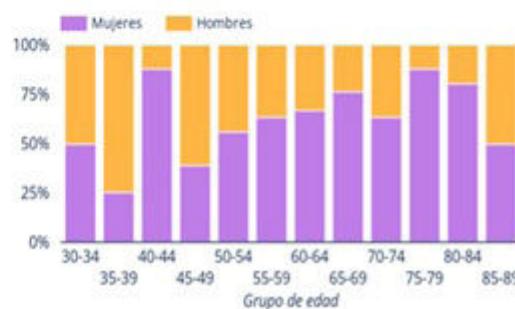


Figura 1.

### A. Distribución de alertas mensuales relacionadas a los síntomas y medicación de rescate

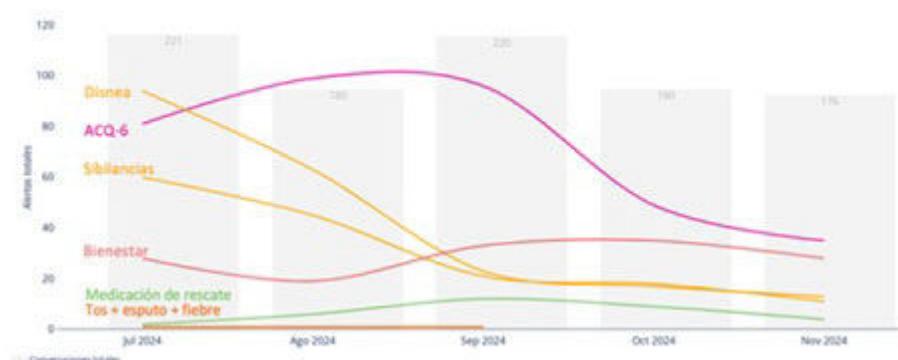
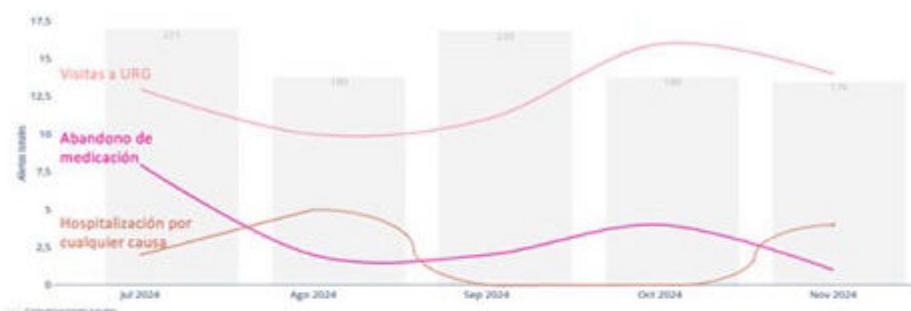


Figura 2.

**B. Distribución de alertas mensuales relacionadas a visitas a urgencias, ingresos hospitalarios e incumplimiento terapéutico**



**C. Alertas que generaron acciones del equipo asistencial (22 semanas de seguimiento)**



Figura 2. Comunicación 711. (Cont.)

## 42. INCUMPLIMIENTO ERRÁTICO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO INHALADO

**Lourdes Galán Ledesma**, Jacinto Hernández Borge, Rocío Morante Espada, Julia López Rodríguez, Elvira Sánchez Calle, José Antonio Márquez Alba, Alejandro Méndez Villaverde, María Beatriz Pires Manso, Ignacio Rodríguez Blanco, María Teresa Gómez Vizcaino y Lourdes Cañón Barroso

Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Badajoz, España.

**Introducción:** El incumplimiento errático (IE) es muy frecuente en pacientes con tratamiento inhalado (TI) y consiste en abandonos intermitentes del tratamiento en relación con olvidos involuntarios o falta de un conocimiento adecuado del plan terapéutico. Nuestro objetivo ha sido conocer qué factores pueden relacionarse con este tipo de incumplimiento.

**Material y métodos:** Empleando una cohorte prospectiva de paciente ambulatorios con TI (EPOC y asma) se evaluó la adherencia al TI mediante el Test de adherencia a inhaladores (TAI), examinando específicamente la presencia de IE. Se recogieron múltiples variables epidemiológicas, comorbilidad, tipo de tratamiento y dispositivos empleados, pruebas funcionales y exacerbaciones previas a la inclusión y en el seguimiento el año posterior. Se realizó un análisis comparativo en función de la presencia de IE (chi-cuadrado, t-Student).

**Resultados:** Se incluyeron 340 pacientes (59,1% hombres, edad media  $61,7 \pm 16$  a, EPOC 43,8%, asma 52,1%, asma con EPOC 4,1%). Un 48,1% mostraron IE. No encontramos relación entre el IE y el ámbito poblacional, nivel educativo, severidad o grado de control del asma, tipo de dispositivo, empleo de cámara de inhalación o tratamiento con biológicos.

El IE fue más frecuente en mujeres (54 vs. 44,3%,  $p = 0,09$ ), pacientes más jóvenes ( $58,2 \pm 18$  vs.  $64,9 \pm 13$ ;  $p = 0,05$ ), fumadores activos (60 vs. 43% exfumadores;  $p = 0,09$ ), con menos comorbilidad (Charlson 0-1 52,6 vs.  $\geq 3$  39,5%;  $p = 0,07$ ), sin diagnóstico de EPOC (53,1 vs. 42,9%;  $p = 0,06$ ), sin tratamiento con LAMA (60,6 vs. 40,4%;  $p = 0,005$ ), sin LAMA + LABA (60 vs. 40,5%;  $p = 0,001$ ), sin triple terapia (58,6 vs. 35,7%;  $p = 0,001$ ) y con dosis bajas de corticoides inhalados (55 vs. 33,7%;  $p = 0,006$ ). El test de Morisky Green se relacionó claramente con el IE (incumplidor: 73 vs. 28,2% en cumplidor;  $p = 0,0005$ ). Los pacientes con IE tenían mejores pruebas funcionales (FVC%, FEV<sub>1</sub>%, FEV<sub>1</sub>/FVC: < 0,05), presentaron menos exacerbaciones ambulatorias ( $0,8 \pm 1,3$  vs.  $1,3 \pm 1,5$ ;  $p < 0,05$ ) y precisaron menos ciclos de corticoides orales en el seguimiento ( $1 \pm 1,8$  vs.  $1,6 \pm 2,5$ ;  $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Encontramos IE en el 48,1% de los pacientes estudiados. Este problema apareció en pacientes más jóvenes, con menos comorbilidad, con tratamientos menos complejos y enfermedad más leve. A pesar del IE, estos pacientes tuvieron una evolución más favorable en el seguimiento.

## 521. LA OSCILOMETRÍA DE IMPULSO EN LA MONITORIZACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON ANTI-IL5/ANTIL5-R EN ASMÁTICOS GRAVES

**Cristina de Juana Izquierdo**, Eva Martínez Moragón, Laura Taberner Lino, Vicente Salvador Abella Sanchís, Eva María Abril Ródenas, Elisa Lillo González y Alberto Herrejón Silvestre

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

**Introducción:** Financiado con beca F SVN2021. La afectación de la vía aérea pequeña en asmáticos graves es un rasgo tratable poco reconocido, y puede asociarse con una peor función pulmonar y peor control del asma.

**Objetivos:** Evaluar la vía aérea pequeña mediante oscilometría de impulso en asmáticos graves previo a la introducción de fármacos biológicos (anti IL5/anti IL5-R) y en los 6-12 meses posteriores al inicio del tratamiento. Analizar las correlaciones entre oscilometría y otros parámetros de respuesta a biológico, cuestionarios de control, calidad de vida y espirometría (FEV<sub>1</sub>) durante el seguimiento.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional, prospectivo de 12 meses en pacientes asmáticos graves, en los que se realiza espirometría, oscilometría de impulso, analítica y cuestionarios de control previa y posteriormente al tratamiento biológico. Se utilizó t de Student para muestras relacionadas y coeficiente de Pearson para correlación. Nivel de significación p < 0,05.

**Resultados:** N = 30. 66,7% mujeres, edad media 61,2 (DE 11,8) años. IMC 27,99 (DE 4,44) Kg/m<sup>2</sup>. Comorbilidades: 46,7% DL, 40% HTA, 33% AOS, 26,7% patología psiquiátrica, 13,3% DM2, 10% enfermedad cardiovascular, 40% RNScPN. En la oscilometría de impulso se detectó una tendencia a la disminución al año de la media de resistencia total de las vías respiratorias (R5) y de resistencias periféricas (R5-R20) (de 4,87 a 4,32 kPa/l/s y de 1,21 a 0,99 kPa/l/s; p = 0,09) sin significación estadística; sí hubo una mejoría estadísticamente significativa en los valores de reactancia a 5 Hz (X5) y del área de reactancia ΔX (de -3,41 a -2,06 kPa/l/s y de 29,17 a 17,92 kPa/l; p = 0,012). Hubo diferencias significativas al año en la puntuación de los cuestionarios de control y calidad de vida ACT, EVAS y miniAQLQ (p = 0,003; p = 0,010; p = 0,050, respectivamente). Hubo una correlación significativa al año entre el control de la enfermedad (mayor puntuación cuestionario ACT) y la mejoría en los valores de X5 y ΔX (coef. correlación 0,43 y -0,38, respectivamente; p = 0,018 y p = 0,038). No se encontró correlación significativa entre ACT y espirometría, ni tampoco entre calidad de vida y oscilometría y espirometría.

**Conclusiones:** La terapia con fármacos biológicos anti IL5/anti IL5-R mejora las vías respiratorias pequeñas valoradas mediante oscilometría de impulso. Los parámetros de reactancia fueron más sensibles que la espirometría para identificar un control deficiente del asma, lo que respalda el uso de la oscilometría para complementar la espirometría en el manejo clínico del asma.

## 151. LA TRANSCRIPTÓMICA DE LOS PULMONES DE RATONES CON INFLAMACIÓN ALÉRGICA DE LA VÍA RESPIRATORIA SUGIERE ACCIONES DEL RECEPTOR DE LOS FACTORES SIMILARES A LA INSULINA EN LA REPROGRAMACIÓN METABÓLICA, LA HOMEOSTASIS MITOCONDRIAL Y LA EPIGENÉTICA

**José García Pichel**<sup>1</sup>, Elvira Alfaro-Arnedo<sup>2</sup>, Sergio Piñeiro-Hermida<sup>3</sup>, María de Toro<sup>4</sup>, Icíar P. López<sup>1</sup> y Alfredo Urtubia N.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cáncer de Pulmón y Enfermedades Respiratorias, CIBIR; Fundación Rioja Salud, Logroño, España. <sup>2</sup>Departamento de Química, Instituto de Investigación en Química (IQR), Universidad de La Rioja, Logroño, España. <sup>3</sup>Unidad de Telómeros y Microambiente Tumoral, CIBIR; Fundación Rioja Salud, Logroño, España. <sup>4</sup>Plataforma de Genómica y Bioinformática, CIBIR; Fundación Rioja Salud, Logroño, España.

**Introducción:** El asma se caracteriza por una obstrucción reversible del flujo aéreo, hiperreactividad de las vías respiratorias, sobreproducción de moco e inflamación. La actividad de los IGFs (factores similares a la insulina) mantiene la homeostasis pulmonar y está implicada en enfermedades pulmonares como el cáncer, el SDRA, la EPOC, la fibrosis y el asma, y la carencia en la señalización por su

receptor (IGF1R) atenúa la inflamación pulmonar alérgica mediada por ácaros del polvo doméstico (HDM) en ratones.

**Material y métodos:** Para comprender mejor los mecanismos moleculares implicados en la patogénesis del asma aguda y su modulación por la señalización de IGFs, realizamos RNA-seq en pulmones de ratones deficientes en IGF1R y ratones control tras siete días de administración intranasal de HDM o PBS (PLoS One 2017, 12: e0190159).

**Resultados:** El análisis transcriptómico identificó un gran número de genes expresados de forma diferencial entre los ratones tratados con HDM y los ratones de control no tratados (PBS). El enriquecimiento funcional detectó procesos biológicos y vías de señalización implicados en las características biopatológicas del asma aguda, como la inflamación, la remodelación de las vías respiratorias, la respuesta a la hipoxia y la secreción de moco. El análisis de la expresión génica diferencial debida a la depleción de IGF1R en ratones desafíados con HDM reveló la reversión de gran parte de los cambios en la regulación transcripcional desencadenados por el desafío con HDM dentro de los grupos funcionales mencionados. Curiosamente, la transcriptómica también identificó cambios significativos en la expresión de grupos de genes con funciones clave en la regulación del ciclo celular, la reprogramación metabólica, la homeostasis mitocondrial y la epigenética, proporcionando nuevos conocimientos sobre los mecanismos moleculares que subyacen a la inflamación alérgica de las vías respiratorias y la implicación de IGF1R en este proceso. Los MEFs deplecionadas de IGF1R mostraron una menor respiración mitocondrial y una mayor capacidad de detoxificación de ROS, y estaban protegidos frente a las alteraciones morfológicas mediadas por bleomicina, el deterioro nuclear y la acumulación mitocondrial.

**Conclusiones:** Estos hallazgos permiten una visión más completa de la patogénesis del asma aguda y del papel proasmatíco del IGF1R en esta patología a nivel regulador y mecanístico. Además, refuerzan la idea de que la vía de señalización por IGF podría servir como diana terapéutica en el asma alérgica.

## 225. LOS CAMBIOS EN LA MICROBIOTA DE RATONES CON ASMA ALÉRGICA SE REVIERTEN PARCIALMENTE MEDIANTE EL BLOQUEO DEL RECEPTOR DE LOS FACTORES DE CRECIMIENTO SIMILARES A LA INSULINA

**Judith Bení Ledesma**<sup>1</sup>, Icíar P. López García<sup>1</sup>, Elvira Alfaro Arnedo<sup>1</sup>, Marta Canalejo González<sup>1</sup>, María Iñiguez Martínez<sup>2</sup>, Patricia Pérez Matute<sup>3</sup> y José García Pichel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cáncer de Pulmón y Enfermedades Respiratorias, Centro de Investigaciones Biomédicas de La Rioja (CIBIR), Fundación Rioja Salud, Logroño, España. <sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, Microbiota y Metabolismo, Departamento de Enfermedades Infecciosas, Centro de Investigaciones Biomédicas de La Rioja (CIBIR), Logroño, España. <sup>3</sup>Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de La Rioja, Logroño, España.

**Introducción:** El asma es una enfermedad crónica prevalente que causa inflamación y estrechamiento las vías respiratorias debido a respuestas inmunitarias aberrantes contra los alérgenos. Se sabe que la actividad de los IGF (Insulin-like Growth Factors) modula respuestas inmunitarias en el asma, y que la deficiencia funcional del receptor de IGF (IGF1R) en ratones atenúa la sintomatología del asma alérgica. Aunque hay evidencias que vinculan el asma con la composición de la microbiota intestinal a través del denominado "eje intestino-pulmón", y que los IGF regulan la diversidad de la microbiota intestinal en ratones, la relación entre la señalización de IGF y la microbiota intestinal en el asma no se conoce. En este estudio, nos propusimos investigar la composición de la microbiota bacteriana intestinal en

un modelo murino de asma y cómo esta se ve afectada por la inhibición terapéutica de IGF1R.

**Material y métodos:** Ratones C57BL/6J se sensibilizaron con extracto de ácaros del polvo doméstico (HDM, por sus siglas en inglés) o PBS (control) durante cuatro semanas, y se trataron terapéuticamente con el inhibidor de la tirosina quinasa IGF1R NVP-ADW742 (NVP) durante las últimas dos semanas, una vez que se estableció el fenotipo de asma alérgico<sup>1</sup>. Posteriormente, se ultrasecuenció su ADNr 16S bacteriano fecal para determinar la diversidad de la microbiota.

**Resultados:** Los ratones asmáticos sensibilizados con HDM mostraron una disminución en la  $\alpha$ -diversidad de la microbiota bacteriana intestinal, que no se recuperó significativamente tras el tratamiento con NVP, aunque se observó una tendencia hacia su restauración. La  $\beta$ -diversidad mostró diferencias significativas entre los tres grupos (HDM, NVP y controles) a nivel taxonómico de género ( $p < 0,008$ ), situándose el grupo tratado con NVP en una posición intermedia, lo que indica un efecto de reversión parcial mediado por el bloqueo del IGF1R. Los ratones asmáticos (HDM) presentaron cambios en la abundancia relativa de bacterias a nivel de filo, familia y género, que fueron parcialmente revertidos tras el tratamiento con NVP. Además, el tratamiento con NVP también reveló cambios específicos en la microbiota intestinal de los ratones asmáticos tratados con HDM.

**Conclusiones:** Los resultados muestran que los cambios en la microbiota intestinal de ratones asmáticos alérgicos son parcialmente revertidos por el tratamiento dirigido al IGF1R, además de inducir cambios por sí mismo. Esto sugiere que los efectos terapéuticos antiastmáticos generados tras el tratamiento anti-IGF1R.

## 1016. MANEJO DE LA CRISIS ASMÁTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. ¿CUÁL ES NUESTRA PRÁCTICA HABITUAL?

**Stephany Ivonne Briones Alvarado<sup>1</sup>, Carlos Luis Sarango Parrales<sup>2</sup>, Gabriella Maura Manzanares Cavin<sup>1</sup>, José Daniel Cordero Márquez<sup>1</sup>, Aylaf Latif Essa<sup>1</sup>, Julia García de Pedro<sup>1</sup>, Tinixara Hernández Hernández<sup>1</sup> y Walther Ivan Girón Matute<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

<sup>2</sup>Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.

**Introducción:** Las crisis asmáticas constituye una de las principales causas de visitas al servicio de urgencias, representando una carga económica importante. Identificar correctamente a este grupo de pacientes y caracterizar adecuadamente la gravedad de las crisis asmáticas puede conducir a un mejor manejo del paciente y mejor uso de los recursos sanitarios. El objetivo de este estudio fue identificar si en servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel se cumplían con las patas dispuestas en las principales guías de práctica clínica de asma.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo, se recogieron los datos de 103 pacientes que fueron dados de alta del servicio de urgencias con diagnóstico de crisis asmática durante el primer trimestre del 2024. Se valoró: ACT de los últimos seis meses, gravedad del asma, número visitas a urgencias en el año previo, gravedad de la crisis, el tratamiento empleado en la urgencia, dosis de corticoide oral prescrita al alta y que especialista valoró al paciente.

**Resultados:** El 75% de los pacientes eran mujeres, siendo la media de edad de 51 años, 25% fumadores y 13,5% exfumadores, siendo el IPA promedio de 43. 1,9% presentaban un asma intermitente leve, 83,7% persistente leve, 9,7% persistente moderada y un 4,7% persistente grave. 5,8% tenían un ACT de 20, 17,3% de 21, 60,2% de 22 y un 16,5% de 23. 38,5% había visitado menos de tres veces el servicio de urgencias en el año previo y 60,6% tres o más visitas. El tratamiento más empleado consistió en la administración de broncodilatadores

de acción corta y dosis iguales o superiores de 200 mg hidrocortiso- na (82,4%) y la dosis media acumulada de corticoide oral al alta fue de 150 mg de prednisona. Sin embargo, de los pacientes que fueron diagnosticados de crisis asmáticas solo 16,3% cumplían criterios de agudización. De aquellos pacientes que cumplieron criterios diagnósticos de crisis asmática: 8,7% tenían una crisis leve, 4,8% moderada y 2,9% grave. La mayoría de los pacientes diagnosticados erróneamente de crisis asmática fueron valorados por especialistas diferentes al neumólogo.

	Clínica compatible con crisis asmáticas	Total	Especialista que valoró al paciente en la urgencia				
			Neumólogo	Médico internista	Médico de familia	Otros	Total
Clínica compatible con crisis asmáticas	Sí	13	2	2	0	17	
	No	0	25	35	26	86	
		13	27	37	26	103	

**Conclusiones:** La mayoría de pacientes diagnosticados de crisis asmática no cumplían criterios compatibles con agudización, a pesar de ello todos recibieron tratamiento con broncodilatadores y corticoides sistémicos. Dejando ver que en la mayoría de casos no se siguen las pautas dispuestas en las guías, provocando un mal uso de los recursos sanitarios pero denotando así la importancia de un especialista en Neumología.

## 640. NEUMÓLOGO VS. CHATGPT EN LA DECISIÓN DE TERAPIA BIOLÓGICA EN ASMA GRAVE NO CONTROLADO

**Sergio García Morales, Marina Utrero Rico, Isabel Romero Espejo, Pedro Erdozain Pérez, José Gregorio Soto Campos y Francisco Pérez Grimaldi**

*UGC de Neumología, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, España.*

**Introducción:** La inteligencia artificial (IA) podría ser una herramienta de utilidad en la toma de decisiones médicas al integrar grandes volúmenes de datos clínicos e información basada en evidencia. El objetivo de este estudio es realizar un análisis comparativo entre la elección de la terapia biológica en pacientes con asma grave no controlado (AGNC) por parte de la IA frente a la decisión médica, considerando el grado de eficacia y eficiencia del fármaco.

**Material y métodos:** Estudio comparativo entre la decisión médica y la IA respecto a la elección de la terapia biológica en pacientes naïve con diagnóstico de AGNC según eficacia y eficiencia. La muestra fue recogida desde enero de 2023 hasta agosto de 2024. Se creó una consulta virtual con pacientes con AGNC, en la que se compara la toma de decisión de la IA, respecto a la decisión médica, en cuanto a la elección del fármaco biológico teniendo en cuenta los diferentes biomarcadores (eosinófilos, nivel de Ig E, FeNO) así como FEV<sub>1</sub> y características del paciente, clínica respiratoria y número de agudizaciones. Se evalúa inicialmente la elección del fármaco por parte de la IA teniendo en cuenta la eficacia del mismo y posteriormente, condicionada por el coste, con el fin de valorar el grado de concordancia final.

**Resultados:** Se registraron un total de 56 pacientes con diagnóstico de AGNC en tratamiento con biológicos naïve. Las características de la muestra se describen en la tabla 1 y 2. El empleo de la IA en la toma de decisión de la elección del fármaco biológico teniendo en cuenta únicamente la eficacia del mismo muestra una correspondencia del 48,2% (n = 27) en relación a la elección médica (kappa 0,340). Considerando la relación coste-eficacia de la terapia biológica y las características clínica del paciente, la IA presenta una concordancia del 46,4% (n = 26) respecto a la decisión médica (kappa 0,341). La IA

Características de la muestra (N=56)		Biomarcadores	Eosinófilos (μl)	591,6
Sexo	♂ 24 (42,9%) ♀ 32 (54,1%)		Ig E (UI/mL)	245,5
Edad	59 (41-81)		FeNO (ppb)	21,46
Tabaquismo	Nunca fumador (39,3%) Fumador activo (0%) Exfumador (60,7%)		FEV <sub>1</sub> (%)	80,49
Rinosinusitis crónica con poliposis (RSCcPN)	23 (41,1%)			

Tabla 1. Características de la muestra. Datos expresados en media o número de pacientes (%)

Tabla 1. Comunicación 640.

Elección de tratamiento biológico por parte de Neumólogo. (N=56)	
Omalizumab	1 (1.8%)
Mepolizumab	14 (25%)
Benralizumab	14 (25%)
Dupilumab	12 (21,4%)
Reslizumab	5 (8,9%)
Tezepelumab	10 (17,9%)

Tabla 2. Elección de tratamiento biológico por parte de Neumólogo. Datos expresados en número de pacientes (%).

Tabla 2. Comunicación 640.

seleccionaría el mismo biológico, teniendo en cuenta la eficacia en su primer análisis y posteriormente valorando la eficiencia, en un 58,9% de los pacientes (kappa de 0,470). Existe una correlación del 41,1% ( $n = 23$ ) entre decisión tomada por la IA y la decisión médica, condicionada tanto por la eficacia del fármaco como por su eficiencia.

**Conclusiones:** La capacidad de aprendizaje en los modelos de IA puede ser de gran utilidad en la toma de decisiones médicas en contextos específicos. Existe una concordancia aceptable en cuanto a la elección de la terapia biológica teniendo en cuenta eficacia y eficiencia con respecto a la decisión médica.

## 19. PATRONES DIETÉTICOS E INCIDENCIA DE ASMA EN ADULTOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS

Javier Errasti Viader<sup>1</sup>, Arantza Campo Ezquibela<sup>2</sup>, Miguel Ángel Martínez González<sup>1</sup> y Maira Bes Rastrollo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Navarra, Pamplona, España. <sup>2</sup>Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

**Introducción:** Las intervenciones de prevención primaria han demostrado reducir la incidencia de enfermedades crónicas. Este tipo de prevención no tiene tanto peso en la medicina respiratoria, más allá de la cesación del tabaquismo o la evitación de alérgenos. Sin embargo, varios artículos han valorado el efecto de la dieta en el asma, teniendo en cuenta que existen indicios de estrés oxidativo e inflamación en la fisiopatología de esta enfermedad. Sin olvidar el microbioma intestinal, responsable de las respuestas inmunitarias y metabólicas, que puede ser modulado por diferentes patrones dietéticos. Realizamos una revisión sistemática y un metaanálisis de estudios de cohorte prospectivos y ensayos controlados aleatorios (ECA) publicados que evalúan la asociación entre un patrón dietético saludable y el asma de inicio en adultos, siguiendo las directrices PRISMA y MOOSE.

**Material y métodos:** Los criterios de inclusión fueron ECA o estudios de cohorte que evaluaron un patrón dietético y su asociación con la incidencia de asma en adultos. Buscamos en dos bases de datos, Medline (PubMed) e ISI Web of Science, hasta noviembre de 2023. Dos revisores independientes evaluaron la calidad de los estudios

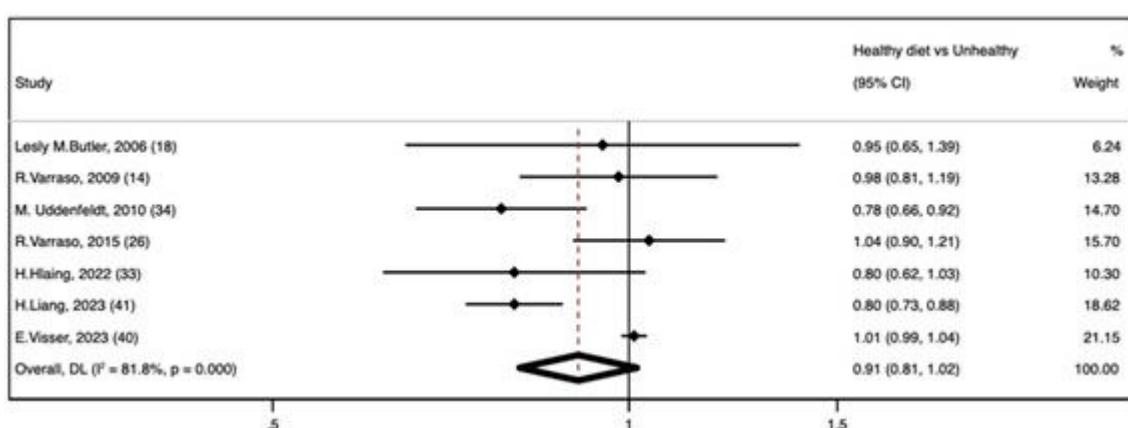


Figura 1. Comunicación 19. RR e IC95% para la asociación entre el asma de inicio en la edad adulta y una dieta saludable (categoría superior vs. inferior) expresados por patrón prudente, Índice AHEI-2010 o Índice Pescaso y Fruta.

Fig 1. Flow chart for selection of articles relating dietary patterns or dietary index with asthma incidence in adult population

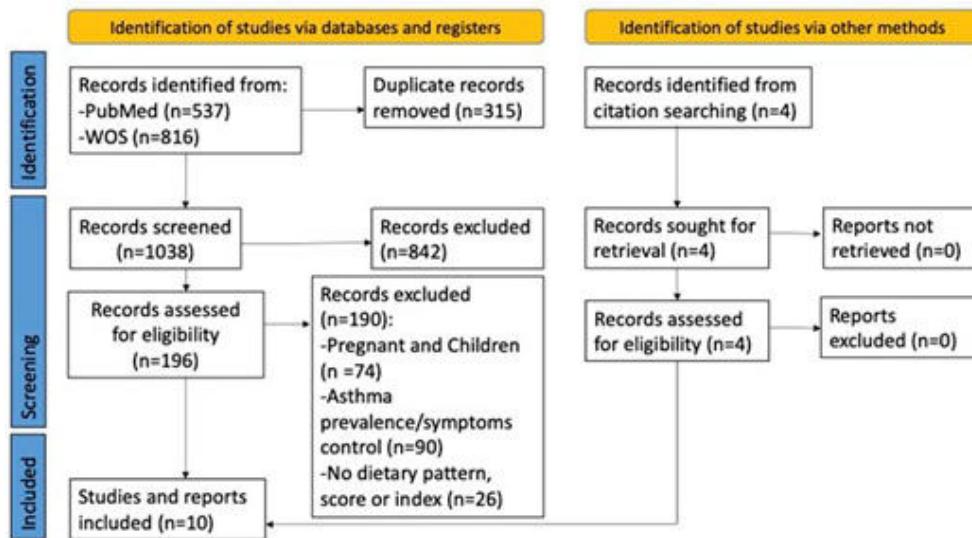


Figura 2. Comunicación 19.

incluidos. El riesgo de sesgo se evaluó utilizando la Escala Newcastle-Ottawa (NOS).

**Resultados:** Se incluyeron diez estudios de cohorte en la revisión sistemática, y siete de ellos se evaluaron en un metaanálisis cuantitativo de efectos aleatorios. Estos estudios incluyeron un total de 597.909 participantes con 10.988 eventos asmáticos. Los patrones o índices dietéticos se midieron con mayor frecuencia utilizando cuestionarios de frecuencia de consumo de alimentos validados. El seguimiento osciló entre 5 y 16 años. Al agrupar todos los estudios incluidos, una mayor adherencia a un patrón dietético de alta calidad no se asoció a una reducción significativa en el riesgo de asma (riesgo relativo [RR]: 0,91; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,81 a 1,02). Sin embargo, se identificó una heterogeneidad sustancial entre los estudios ( $I^2 = 81,8\%$ ,  $p < 0,001$ ) y se identificaron posibles fuentes de heterogeneidad.

**Conclusiones:** Las diferencias entre los estudios en la medición de la incidencia de asma, así como en la evaluación de los patrones dietéticos, son probablemente fuentes potenciales de heterogeneidad. No obstante, con la evidencia actualmente disponible, no se puede apoyar una asociación beneficiosa entre la adherencia a un patrón dietético saludable y un menor riesgo de asma incidente en adultos.

## 732. PÉRDIDA DE ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO INHALADOR DE BASE EN PACIENTES CON ASMA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROL (AGDC) TRAS INICIAR TERAPIA BIOLÓGICA

**Myriam Gandulfo Lara**, Carla Romero Sayago, Alberto González Hernández, Jaime Domínguez Caro y Sara González Gutiérrez

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

**Introducción:** Se estima que la adherencia al tratamiento inhalador de base del paciente asmático no supera el 50%. Dado que la mala adherencia a la medicación en el asma grave es difícil de evaluar, se recomienda utilizar al menos dos métodos simultáneamente. El objetivo de nuestro estudio es determinar el grado de adherencia al tratamiento inhalador de base, en pacientes con AGDC con terapia biológica y valorar su relación con el TAI, la ratio de posesión de medicamentos (TPM) y su relación con triple terapia abierta o cerrada.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, realizado en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva. Se identificaron a los pacientes que fueron tratados con terapia biológica para el AGDC. Se cuantificó la adherencia al tratamiento inhalador a través de las dispensaciones registradas de forma ambulante en el módulo receta XXI de DIRAYA. Se consideró no adherentes, los pacientes con < del 85% del cociente: días con medicación retirada/días totales. Las variables clínicas se obtuvieron de la historia clínica digital.

**Resultados:** Se identificaron un total de 146 pacientes con tratamiento biológico: 28 con omalizumab (O); 52 con benralizumab (B) y 26 con mepolizumab (M), 21 con dupilumab (D) y 15 con tezepelumab. Del total, el 37,7% fueron no adherentes (NA) apreciándose solo un 45% con adherencia total. Al dividirlo por subgrupos, con O el 46,40% fue NA con un de valor TAI intermedio en 36% y TAI completo en 16%. Con B el 40,40% fue NA con un de valor TAI intermedio en 22% y TAI completo 39%. Con M 34,60% fue NA con un de valor TAI intermedio en 4,5% y TAI completo 20,3%. Con D 33,30% fue NA con un de valor TAI intermedio en 22,70% y TAI completo 13%. Con T 20% fue NA con un valor de TAI intermedio de 10,60% y TAI completo 10,2% (tabla 1). Los pacientes con mayor adherencia al tratamiento inhalador fueron los tratados con tezepelumab, seguidos de dupilumab. Se aprecia una mayor adherencia al tratamiento inhalador de base en pacientes con triple terapia cerrada en comparación abierta ( $p < 0,05$ ) (tabla 2).

	TAI mala adh	TAI adh intermedia	TAI adh completo
O (46.4% NA)	0%	36%	16%
B (40.4% NA)	50%	22%	39%
M (36.4% NA)	0%	4.5%	20.3%
D (33.3% NA)	0%	22.70%	13%
T ( 20% NA)	0%	10.6%	10.2%

Tabla 1.

		Triple terapia cerrada		Triple terapia abierta	
		Recuento	% N	Recuento	% N
Ratio TPM	Baja adh.	34	33,00%	19	48,70%
	Alta adh.	69	67,00%	20	51,30%

Tabla 2.

**Conclusiones:** Existe una gran discordancia entre el TAI y la adherencia real, tal y como está descrito en la literatura, lo que puede inducir a decisiones clínicas erróneas. Es fundamental remarcar a los

pacientes la importancia de la terapia inhalada a pesar del tratamiento biológico para evitar una pérdida de control de la enfermedad. Se aprecia una mayor adherencia al tratamiento inhalador de base en pacientes con triple terapia cerrada en comparación con abierta.

### 637. PÉRDIDA DE FUNCIÓN PULMONAR A LOS 5 AÑOS EN PACIENTES CON ASMA: ESTUDIO DECLIVENS

**María Luisa Polonio González**<sup>1</sup>, Javier Díez Sierra<sup>2</sup>, Antonio León Lloreda<sup>1</sup>, Belén Muñoz Sánchez<sup>1</sup>, David Carlos Echavarría Kashmíri<sup>1</sup>, María Auxiliadora Romero Falcón<sup>1</sup>, Francisco Javier Álvarez Gutiérrez<sup>1</sup> y Juan Francisco Medina Gallardo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España. <sup>2</sup>Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España.

**Introducción:** Evitar el declive de la función pulmonar es uno de los objetivos del tratamiento de los pacientes asmáticos y que se ha relacionado con diferentes factores. El objetivo de nuestro estudio es conocer la evolución funcional de los pacientes con asma y los factores que pueden estar relacionados con una mayor o menor pérdida de la función pulmonar.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo sobre una cohorte de 200 pacientes asmáticos, seguidos durante 5 años, en los que se ha realizado seguimiento funcional, inflamatorio (midiendo eosinofilia y FeNO) y clínico (exacerbaciones y corticoides inhalados). Se realizó un estudio estadístico de correlaciones, previa determinación de la distribución normal de las muestras mediante el estadístico de Kolmogorov-Smirnov y si es menor de 50 el de Shapiro-Wilk. En el caso que la distribución de ambas variables fuera normal utilizamos la correlación de Pearson y en caso contrario la de Spearman.

**Resultados:** En la tabla 1 se describen las características basales de los pacientes incluidos en el estudio. De los 185 pacientes valorados a los 5 años de seguimiento, a los 5 años la pérdida anual media de función pulmonar (FEV<sub>1</sub>) fue de -46,49 mL y -0,84%. Como se muestra en la tabla 2, hubo una correlación positiva entre la pérdida de función pulmonar y la edad, IMC y las mayores dosis de corticoides inhalados. La correlación fue inversa con el ACT y la función pulmonar inicial.

Características basales de los pacientes incluidos en el estudio

Características	Media
AGE	40.87 (16.11)
BMI	27.56 (5.7)
Eosinophils	0.35 (0.64)
Age of onset of asthma	25.78 (20.5)
ACT	17.62 (4.59)
N. <sup>o</sup> exacerb	0.08 (0.26)
IC	1.376.31 (954.3)
FENO	36.35 (33.1)
FVC absolut	3.751.75 (1.047.6)
FVC%	113.23 (18.1)
FVC post bronco CC	3.831.34 (1.050.0)
FEV <sub>1</sub> absolut ml	2.691.71 (914.6)
FEV <sub>1</sub> %	95.27 (21.4)
FEV <sub>1</sub> post bronco ml	3.018.74 (2.182.3)
FEV <sub>1</sub> FVC absolut	70.9 (13.1)
FEV <sub>1</sub> FVC post bronco	74.68 (12.3)
Women	73%
Fenotype high TH2	89%
EOS/atopic/mix	10.5/39.5/39.5%
Fenotype low TH2	11%
Atopic	78%
Severe asthma	11%
Moderate asthma	51%
Mild asthma	26%
Intermitent asthma	12%
Smoking (%): never/former/pассивive/active	63/22/4/11%

Correlaciones obtenidas a los 5 años de seguimiento con una mayor pérdida de función pulmonar

Características	V5 FEV ml total
Edad	Coeficiente de correlación 0,177* Sig. (bilateral) 0,018
IMC	Coeficiente de correlación 0,165* Sig. (bilateral) 0,027
Eosinófilos	Coeficiente de correlación 0,115 Sig. (bilateral) 0,125
Edad inicio asma	Coeficiente de correlación -0,239 Sig. (bilateral) 0,155
ACT	Coeficiente de correlación -0,128 Sig. (bilateral) 0,087
N. <sup>o</sup> exacerbaciones	Coeficiente de correlación -0,004 Sig. (bilateral) 0,958
Corticoide inhalado	Coeficiente de correlación 0,268** Sig. (bilateral) 0,000
FENO	Coeficiente de correlación 0,113 Sig. (bilateral) 0,132
FVC absoluto	Coeficiente de correlación -0,260** Sig. (bilateral) 0,000
FVC%	Coeficiente de correlación -0,144 Sig. (bilateral) 0,055
FVC pos-bronco CC	Coeficiente de correlación -0,232** Sig. (bilateral) 0,002
FEV <sub>1</sub> absoluto ml	Coeficiente de correlación -0,394** Sig. (bilateral) 0,000
FEV <sub>1</sub> %	Coeficiente de correlación -0,321** Sig. (bilateral) 0,000
FEV <sub>1</sub> pos-bronco ml	Coeficiente de correlación -0,320** Sig. (bilateral) 0,000
FEV <sub>1</sub> FVC absoluto	Coeficiente de correlación -0,328** Sig. (bilateral) 0,000

**Conclusiones:** En nuestra serie los pacientes mayores, con más deterioro clínico inicial y que precisan más corticoides inhalados son los que presentan más pérdida de función pulmonar a los 5 años de seguimiento.

### 846. POSICIONANDO TEZEPLEMAB EN UNA UNIDAD DE ASMA GRAVE MULTIDISCIPLINAR

**María de la Cruz Rodríguez**, Álvaro Moreno Ancillo, Marta Jiménez Arroyo, José Manuel Bravo Nieto, Francisco Guillermo Puig Sánchez, Ángel Ortega González, Diego Germán Rojas Tula, María Salud Estrada Pastor, América Gil Fuentes, Teresa Vargas Hidalgo, Mónica Vázquez Guerra, Miryam Artero Clemente, Marcos Lafarga Poyo e Isaac Pérez Romero

Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, España.

**Introducción:** El asma grave afecta significativamente la calidad de vida y plantea desafíos terapéuticos. Tezepelumab, un anticuerpo monoclonal dirigido contra la linfopoyetina estromal tímica (TSLP), ofrece una estrategia innovadora al intervenir tempranamente en la cascada inflamatoria, beneficiando a los fenotipos T2 y no T2. El objetivo del presente estudio consiste en analizar las características clínicas y la respuesta al tratamiento con tezepelumab en pacientes con asma grave.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes tratados con tezepelumab en el H. Ntra. Sra. del Prado. Se recopilaron datos demográficos, biomarcadores (ACT, eosinófilos, FeNO, FEV<sub>1</sub>, IgE), fenotipo, comorbilidades, corticodependencia según criterios de GEMA 5,4 y tratamientos biológicos previos. Se analizaron tres períodos: basal, 3 meses y 9 meses.

**Resultados:** Se incluyeron 18 pacientes (72,2% mujeres, 27,8% hombres) con una media de edad de 50,3 años. El 50% presentó obesidad, el 33,3% peso normal y el 16,7% sobrepeso. Por fenotipos: T2 alérgico-eosinofílico (44,4%), T2 eosinofílico (16,7%), T2 alérgico (11,1%), mixto T2/no T2 (11,1%) y no T2 (16,7%). Se adjuntan imágenes de la respuesta por fenotipos. ACT: mejoría promedio de 12,5 (basal) a 18,5 (3 meses)

y 18,88 (9 meses). T2 mostraron mayores incrementos. Exacerbaciones: reducción de 4,0 (basal) a 0,56 (3 meses) y 0,6 (9 meses). FEV<sub>1</sub>: Incremento de 2.137,8 ml (basal) a 2.426,9 ml (3 meses) y 2.744 ml (9 meses). FeNO: Disminución en fenotipos T2, de 29,6 ppb (basal) a 25,2 ppb (3 meses), con variabilidad en otros fenotipos. Tezepelumab mostró mayor eficacia en fenotipos T2, mejorando ACT, reduciendo exacerbaciones y aumentando FEV<sub>1</sub>, especialmente en pacientes jóvenes y sin tratamiento biológico previo. Los pacientes mayores, corticodependientes y fenotipos no T2 tuvieron respuestas más limitadas.

**Conclusiones:** 1. Tezepelumab es eficaz para mejorar el asma grave no controlada, con mayor impacto en fenotipos T2. Efecto es más limitado en pacientes mayores, corticodependientes persistentes y fenotipos no T2, destacando su potencial para tratamientos individualizados en unidades multidisciplinares. 2. Nuestros resultados en estos primeros meses de comercialización pueden estar influidos por la selección de pacientes con fracasos a otros biológicos y pacientes no T2, ya que el tratamiento muestra una mayor eficacia en pacientes sin terapia biológica previa.

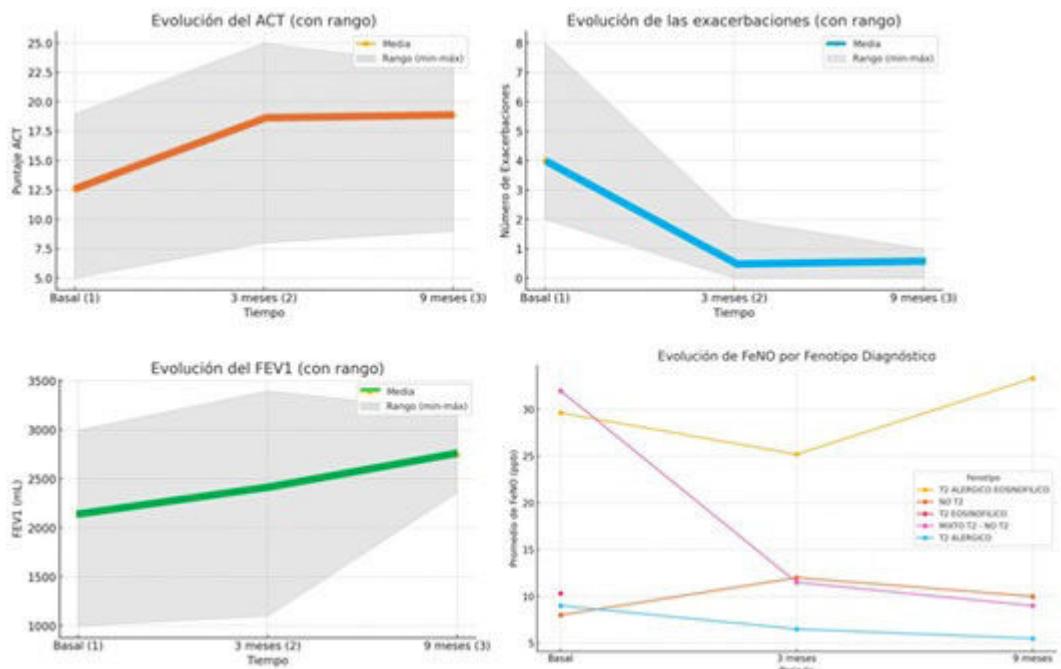


Figura 1. Evolución del ACT, de las exacerbaciones, del FEV<sub>1</sub>, y de FeNO de los pacientes recogidos durante el periodo de estudio. Evolución del ACT, de las exacerbaciones, del FEV<sub>1</sub> y de FeNO de los pacientes recogidos durante el periodo de estudio.

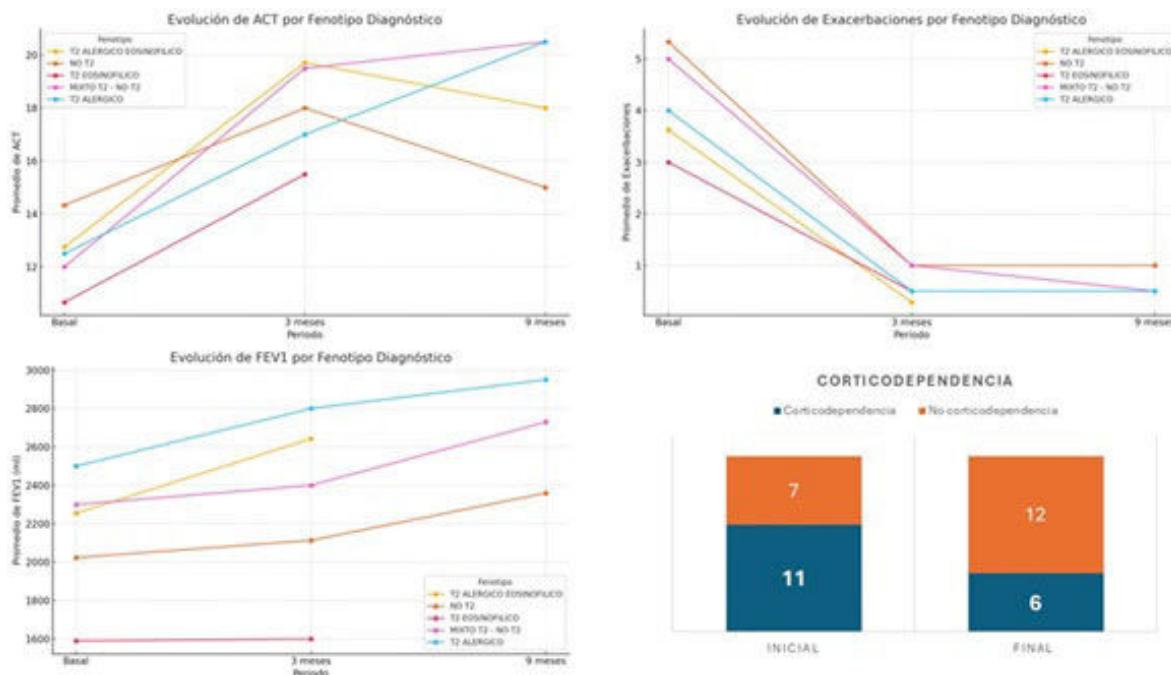


Figura 2. Evolución del ACT, de las exacerbaciones, del FEV<sub>1</sub>, según el fenotipo diagnóstico de los pacientes recogidos durante el periodo de estudio.

## 268. PRESENCIA DE NANOPLÁSTICOS EN EL ESPUTO DE PACIENTES CON ASMA GRAVE: UNA NUEVA PERSPECTIVA AMBIENTAL

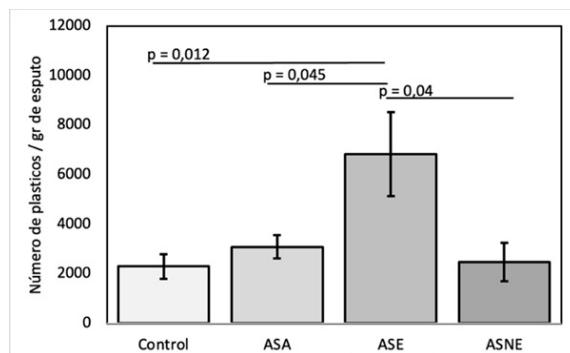
Leandro Tapia Barredo<sup>1</sup>, Agnes Hernández Biette<sup>1</sup>, Paula Gonçalves Romeu<sup>2</sup>, Raquel Guillamat Prats<sup>2</sup>, Jordi Petriz<sup>2</sup>, Marina Tuxans Serrano<sup>2</sup>, Ignasi García Olivé<sup>2</sup>, Clara Padró Casas<sup>1</sup>, María Basagaña Torrent<sup>1</sup>, Antoni Rosell Gratacos<sup>1</sup> y Carlos Martínez Rivera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

<sup>2</sup>Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

**Introducción:** El asma, una enfermedad heterogénea caracterizada por inflamación crónica de las vías respiratorias, presenta una prevalencia global variable y una compleja clasificación fenotípica en los casos graves: T2 alérgico, T2 no alérgico eosinofílico y no T2. Recientemente, se ha planteado que la exposición ambiental a nanopartículas y microplásticos podría influir en su fisiopatología, dado su potencial para desencadenar respuestas inmunitarias locales y estrés oxidativo en las vías respiratorias. Ante la falta de evidencia sobre la presencia de nanoplásticos en pacientes con asma y su posible relación con la gravedad y los fenotipos, este estudio busca investigarlos en pacientes con asma grave en comparación con un grupo control.

**Material y métodos:** Este estudio transversal analiza la presencia de nanoplásticos en muestras de esputo de pacientes con asma grave, clasificados en fenotipos T2 alérgico, T2 no alérgico eosinofílico y no T2, en comparación con un grupo control sano. La detección de nanoplásticos se realizó mediante citometría espectral tras procesamiento avanzado de las muestras y tinción con Nile Red, analizando los datos con ANOVA para determinar significancia ( $p < 0,05$ ).



**Resultados:** Los datos demográficos de los participantes se describen en la tabla. Se realizó un ANOVA para comparar las diferencias entre el promedio de plásticos encontrados en esputo entre fenotipos de pacientes asmáticos y el grupo control. El ANOVA de una vía reveló que hubo una diferencia estadísticamente significativa en el promedio de plásticos encontrados en esputo entre al menos dos grupos ( $F(3, 41) = 4,45$ ,  $p = 0,008$ ). La prueba HSD de Tukey demuestra diferencias significativas en el promedio de plásticos encontrados en esputo entre los pacientes asmáticos del fenotipo ASE (media: 6.830,2,  $n = 12$ ) y los de los grupos ASA (media: 3.094,  $n = 13$ )

( $p = 0,045$ ), ASNE (media: 2.484,  $n = 8$ ) ( $p = 0,04$ ) y el grupo control (media: 2.298,2,  $n = 12$ ) ( $p = 0,012$ ), sin encontrar diferencias significativas entre otros fenotipos (fig.).

**Conclusiones:** La mayor concentración de nanoplásticos en el fenotipo ASE sugiere una posible interacción entre estas partículas y las vías inflamatorias eosinofílicas en el asma severa. Esto plantea preguntas sobre su papel como desencadenantes o moduladores de la inflamación crónica en el asma. Dado los pocos estudios relevantes a este tema y nuestra limitada, se requieren investigaciones adicionales para determinar los mecanismos exactos de su impacto y su impacto a nivel poblacional.

## 140. PREVALENCIA DEL DÉFICIT DE ALFA-1-ATITRIPSINA DE LA POBLACIÓN ASMÁTICA GRAVE DE LAS ISLAS BALEARES

Carme Ferrer Quintana<sup>1</sup>, Alberto Mora<sup>1</sup>, Borja García-Cosío<sup>2</sup>, Nuria Toledo<sup>2</sup>, Ruth Engonga<sup>2</sup> y Salvador Pons<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España.

<sup>2</sup>Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España.

**Introducción:** La alfa-1 antitripsina (AAT) es una glucoproteína hepática que protege los pulmones de daños enzimáticos. El déficit de AAT (DAAT), una condición genética, compromete esta función, favoreciendo enfermedades respiratorias como el asma. La relación entre DAAT y asma ha sido estudiada con resultados variables, y su prevalencia en pacientes asmáticos oscila entre un 4% y un 45%. Estudios recientes sugieren un vínculo entre ambas condiciones, especialmente en asma grave. Hipótesis: existe una alta prevalencia de variantes alélicas asociadas al DAAT en pacientes con asma grave en las Islas Baleares. Además, estos pacientes presentan características clínicas, radiológicas y espirométricas diferentes respecto a los de genotipo normal.

**Objetivos:** Analizar la relación entre alelos asociados al DAAT y la prevalencia y gravedad del asma. Identificar factores de riesgo y repercusiones clínicas de DAAT en asmáticos. Proponer estrategias diagnósticas y terapéuticas más eficaces.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de casos y controles con pacientes de la consulta de asma grave del Hospital Universitario Son Espases (HUSE). Se utilizó PCR para detectar 14 variantes alélicas asociadas al DAAT y tecnología xMAP de Luminex para hibridación con sondas específicas. Los portadores de variantes (casos) se compararon con controles (genotipo normal) en términos clínicos, espirométricos, radiológicos y analíticos. La pendiente de caída del FEV<sub>1</sub> se calculó con la herramienta del NIOSH.

**Resultados:** Se incluyeron 59 pacientes; el 11,86% presentó variantes asociadas al DAAT, todas MS. No hubo diferencias significativas en la frecuencia de exacerbaciones ni en las pruebas clínicas, radiológicas o analíticas entre casos y controles. Tampoco se encontraron diferencias relevantes en la función pulmonar basal ni en la pendiente de caída del FEV<sub>1</sub>.

**Conclusiones:** La prevalencia de variantes alélicas asociadas al DAAT en pacientes con asma grave es similar a la descrita en la literatura y mayor que en la población general. La variante MS fue la única detectada y no parece influir negativamente en el pronóstico de estos pacientes.

Tabla 1. Comunicación 268

Datos demográficos de participantes

	Control	ASA	ASE	ASNE	Total
Edad media (n)	39 (n = 12)	50,9 (n = 11)	64,9 (n = 11)	56 (n = 8)	51,8 (n = 42)
Sexo femenino%	83,33% (n = 10)	92,31% (n = 12)	83,33% (n = 10)	100% (n = 8)	88,9% (n = 40)
ACT media	N/A	19,1	19,8	16,57	18,7
Media de exacerbaciones asmáticas/año	N/A	1,5	1,4	2,5	1,7

## 969. RELACIÓN ENTRE LOS CAMBIOS EN LOS BIOMARCADORES DE TIPO 2 Y LAS MEJORAS EN LA PUNTUACIÓN Y EL VOLUMEN DE MOCO EN PACIENTES CON ASMA DE MODERADA A GRAVE QUE RECIBIERON DUPILUMAB EN EL ESTUDIO VESTIGE

Juan Antonio Sáinz<sup>1</sup>, Mario Castro<sup>2</sup>, Arnaud Bourdin<sup>3</sup>, Toshihiro Shirai<sup>4</sup>, Surya P. Bhatt<sup>5</sup>, Marco Caminati<sup>6</sup>, Arman Altincatal<sup>1</sup>, Danen M. Cunoosamy<sup>1</sup>, Hashem Awad<sup>1</sup>, Xavier Soler<sup>7</sup> y Celeste Porsbjerg<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Sanofi, Cambridge, Massachusetts, Estados Unidos. <sup>2</sup>University of Kansas School of Medicine, Kansas City, Kansas, Estados Unidos.

<sup>3</sup>PhyMedExp, University of Montpellier, Montpellier, Francia. <sup>4</sup>Shizuoka General Hospital, Shizuoka, Japón. <sup>5</sup>University of Alabama at Birmingham, Birmingham, Alabama, Estados Unidos. <sup>6</sup>Verona Integrated University Hospital and University of Verona, Verona, Italia. <sup>7</sup>Regeneron Pharmaceuticals Inc, Tarrytown, New York, Estados Unidos. <sup>8</sup>Bispebjerg and Frederiksberg Hospital, Copenhagen, Dinamarca.

**Introducción:** La hipersecreción de moco debida a la inflamación crónica de las vías respiratorias es un factor clave en la obstrucción y remodelación de estas en pacientes con asma. En el estudio VESTIGE (NCT04400318) de fase 4, dupilumab redujo significativamente la formación de tapones de moco en las vías respiratorias, el volumen de moco y los marcadores de inflamación de las vías respiratorias. A continuación, evaluamos la relación entre los resultados del moco y los cambios en los biomarcadores en el estudio VESTIGE.

**Material y métodos:** Pacientes de 21 a 70 años con asma de moderada a grave no controlada y biomarcadores de tipo 2 elevados (eosinófilos [eos] en sangre basales  $\geq$  300 células/ $\mu$ l y óxido nítrico espirado fraccionado [FeNO]  $\geq$  25 partes por mil millones [ppmm]) recibieron 300 mg de dupilumab o placebo equivalente adicionales cada 2 semanas durante 24 semanas. Los cambios respecto al valor basal hasta la semana 24 en la puntuación global del moco y su volumen se estratificaron según el FeNO en la semana 24 ( $< 25$  o  $\geq 25$  ppmm). La relación entre los cambios en el FeNO y los eos y los cambios en los resultados del moco se analizaron mediante un modelo mixto de medidas repetidas y correlación de Pearson.

**Resultados:** En la semana 24, se observaron mejoras significativas en la puntuación y el volumen de moco en los pacientes que recibieron dupilumab frente a placebo, tanto si los niveles de FeNO mejoraban a  $< 25$  ppmm como si permanecían elevados a  $\geq 25$  ppmm en la semana 24 (tabla 1). Los aumentos respecto al valor basal hasta la semana 24 en el FeNO y la puntuación del moco se correlacionaron en el caso de placebo, pero no en el de dupilumab (tabla 2). Los aumentos respecto al valor basal hasta la semana 24 en los eos se correlacionaron con reducciones en el volumen de moco en el caso de dupilumab, pero no en el de placebo (tabla 2). Las correlaciones fueron muy débiles entre los cambios en el FeNO y el volumen de moco y los cambios en los eos y las puntuaciones del moco en los dos grupos de tratamiento (tabla 2).

**Conclusiones:** El tratamiento con dupilumab produjo reducciones significativas en la puntuación y el volumen de moco, independiente-

**Tabla 1. Efecto del tratamiento con dupilumab sobre la puntuación y el volumen de moco según el nivel de FeNO en la semana 24.**

Variables	FeNO < 25 p. p. m. m.		FeNO $\geq 25$ p. p. m. m.	
	Placebo (n = 4)	Dupilumab (n = 41)	Placebo (n = 29)	Dupilumab (n = 30)
<b>Puntuación del moco</b>				
Situación basal, media (DE)	7,5 (4,80)	6,8 (5,49)	7,0 (4,92)	7,7 (4,77)
Cambio medio de los MC (DE) en la semana 4	3,70 (1,47)	-3,24 (0,51)	-0,82 (0,66)	-3,07 (0,61)
Diferencia media de los MC (EE) frente a placebo		-6,94 (1,59)		-2,25 (0,89)
Valor de <i>p</i> frente a placebo		0,0001		< 0,05
Cambio medio de los MC (DE) en la semana 24	2,75 (1,65)	-3,12 (0,58)	0,87 (0,79)	-4,19 (0,75)
Diferencia media de los MC (EE) frente a placebo		-5,86 (1,78)		-5,06 (1,09)
Valor de <i>p</i> frente a placebo		< 0,01		< 0,0001
<b>Volumen de moco, ml</b>				
Situación basal, media (DE)	0,14 (0,13)	0,18 (0,29)	0,19 (0,33)	0,22 (0,25)
Cambio medio de los MC (DE) en la semana 4	0,03 (0,03)	-0,10 (0,01)	-0,06 (0,03)	-0,13 (0,03)
Diferencia media de los MC (EE) frente a placebo		-0,13 (0,03)		-0,07 (0,04)
Valor de <i>p</i> frente a placebo		< 0,001		0,068
Cambio medio de los MC (DE) en la semana 24	0,02 (0,04)	-0,11 (0,01)	-0,06 (0,02)	-0,17 (0,02)
Diferencia media de los MC (EE) frente a placebo		-0,13 (0,04)		-0,11 (0,03)
Valor de <i>p</i> frente a placebo		< 0,01		< 0,001

DE = desviación estándar; EE = error estándar; MC = mínimos cuadrados.

**Tabla 2. Análisis de correlación: relación entre los cambios en el FeNO y el recuento de eosinófilos y los resultados del moco a lo largo del tiempo.**

Variables	Placebo (n = 37)	Dupilumab (n = 72)
<b>Nivel de FeNO (p. p. m. m.) y puntuación del moco</b>		
Cambio respecto al valor basal hasta la semana 4, n	33	65
$r^a$	0,1744	0,1024
Valor de $p^b$	0,3318	0,4169
Cambio respecto al valor basal hasta la semana 24, n	31	63
$r^a$	0,4870	0,1623
Valor de $p^b$	0,0055	0,2039
<b>Nivel de FeNO (p. p. m. m.) y volumen de moco</b>		
Cambio respecto al valor basal hasta la semana 4, n	33	65
$r^a$	0,0322	0,0211
Valor de $p^b$	0,8586	0,8677
Cambio respecto al valor basal hasta la semana 24, n	31	63
$r^a$	0,1425	0,0378
Valor de $p^b$	0,4446	0,7688
<b>Recuento de eosinófilos (células/<math>\mu</math>l) y volumen de moco</b>		
Cambio respecto al valor basal hasta la semana 4, n	31	64
$r^a$	0,3388	-0,0345
Valor de $p^b$	0,0623	0,7867
Cambio respecto al valor basal hasta la semana 24, n	31	61
$r^a$	0,2513	-0,3562
Valor de $p^b$	0,1726	0,0048
<b>Recuento de eosinófilos (células/<math>\mu</math>l) y puntuación del moco</b>		
Cambio respecto al valor basal hasta la semana 4, n	31	64
$r^a$	0,3061	0,00341
Valor de $p^b$	0,0940	0,7893
Cambio respecto al valor basal hasta la semana 24, n	31	61
$r^a$	0,3241	0,0222
Valor de $p^b$	0,0753	0,8651

<sup>a</sup> Correlación de Pearson. <sup>b</sup> Valor de  $p$  para la significación del coeficiente de correlación de Pearson basado en la distribución t con n-2 grados de libertad.

Tabla 2. Comunicación 969.

mente de si los pacientes habían mejorado los niveles de FeNO a  $< 25$  ppmm en la semana 24. Además, los aumentos de eos se asociaron a la reducción del volumen de moco con el tratamiento con dupilumab.

## 67. RESPUESTA CLÍNICA A BENRALIZUMAB EN PACIENTES CON EDAD AVANZADA

**Ignacio Boira Enrique**, Eusebi Chiner Vives, Marina Martínez López, Anays del Valle Martínez Gómez, María Hernández Padilla, Yusleimy del Valle Chacín Marcano, Paula Fernández Martínez, Esther Pastor Esplá, Anastasiya Torba Kordyukova y María Ángeles Bernabeu Martínez

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

**Introducción:** Se conoce poco acerca de la efectividad y la respuesta clínica a benralizumab en pacientes con asma grave no controlado (AGNC) cuando inician su administración en edad avanzada.

**Material y métodos:** Comparamos edad, IMC, género, fenotipo, comorbilidad, niveles de IgE y eosinófilos, grado de control (ACT), ingresos, visitas a urgencias, medicación de mantenimiento, poliposis, enfermedad respiratoria exacerbada por aspirina (ERE), toma de esteroides, escala FEOS, mini AQLQ y EXACTO entre pacientes mayores o menores de 70 años, antes y después del tratamiento.

**Resultados:** Del total de 101 pacientes con benralizumab, 19 (18,9%) tenían  $\geq 70$  años ( $78 \pm 5$  vs.  $51 \pm 11$ ,  $p < 0,0001$ ). No existieron

diferencias en género (mujeres 68 vs. 64%) ni en IMC ( $27 \pm 4$  vs.  $27 \pm 7$ ). Los pacientes mayores de 70 años presentaban más años de evolución del asma ( $55 \pm 25$  vs.  $26 \pm 15$ ,  $p < 0,0001$ ), menor ACT ( $14,4 \pm 1,2$  vs.  $16 \pm 2$ ,  $p < 0,01$ ), menos meses de tratamiento ( $9,5 \pm 7$  vs.  $14 \pm 7$ ,  $p < 0,01$ ). No existieron diferencias en fenotipo, niveles de IgE ( $375 \pm 678$  vs.  $293 \pm 625$ ) o eosinofilia ( $604 \pm 184$  vs.  $713 \pm 474$ ). Existieron diferencias en función pulmonar ( $FEV_1$ :  $1.692 \pm 339$  vs.  $2.603 \pm 805$ ,  $p < 0,0001$ ). Existieron diferencias en dermatitis atópica ( $p < 0,05$ ) pero no en comorbilidad (74% vs. 72%), rinitis, tabaquismo, RS con/sin poliposis nasal, anosmia-hiposmia o EREA. No hubo diferencias basales en medicación de mantenimiento, ni en corticodependientes, ni en número de ingresos previos, días de ingreso, visitas a urgencias, ciclos de esteroides y exacerbaciones globales, sin diferencias en AQLQ. Ambos grupos mejoraron significativamente todos los parámetros antes y después del tratamiento, aunque la mejoría en el miniAQLQ fue mayor en el grupo de mayores de 70 años ( $5,5 \pm 0,6$  vs.  $5,2 \pm 0,9$ ,  $p < 0,05$ ). Al valorar la respuesta clínica postratamiento, no hubo diferencias entre grupos en FEOS ( $73 \pm 4$  vs.  $72 \pm 13$ ), ni en la diferencia de  $FEV_1$  en ml ( $192 \pm 126$  vs.  $198 \pm 275$ ). Sin embargo, el grupo de mayor edad presentó menor respuesta por escala EXACTO (parcial 16%, buena 63%, completa 21%, vs. 12%, 34%, 54%,  $p = 0,03$ ) y menor en alcanzar  $FEV_1 > 80\%$  ( $p = 0,002$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes de mayor edad que inician benralizumab presentan escasas diferencias clínicas con los más jóvenes. Aunque el tratamiento es efectivo, alcanzan menos respuesta completa y normalizan menos la función pulmonar, probablemente en relación con más años de evolución de AGNC.

## 138. RESULTADOS CLÍNICOS DEL COMITÉ MULTIDISCIPLINAR DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ASMA GRAVE Y COMORBILIDAD EN EL H. U. SAN JUAN DE ALICANTE

**Yusleimy Chacín Marcano**, Eusebi Chiner Vives, Ignacio Boira Enrique, Mónica Antón Gironés, Mariella Lindo Gutarrá, María Ángeles Bernabeu Martínez, Anastasiya Torba Kordyukova, Anays Martínez Gómez, Paula Fernández Martínez, José Norberto Sancho Chust y Esther Pastor Esplá

Hospital Universitario San Juan de Alicante, España.

**Introducción:** El comité multidisciplinario de fármacos biológicos (CMFB) es necesario para la evaluación y validación del tratamiento en asma grave (AG), con o sin comorbilidad.

**Material y métodos:** Se analizan las características clínicas de los pacientes presentados en el CMFB, compuesto por Neumología, Alergia, ORL, Dermatología, Pediatría y Farmacia hospitalaria, a lo largo de 18 meses. Se valoraron las características clínicas, funcionales, fenotipo, procedencia, comorbilidad, pacientes *naïve*, *switch*, ingresos, urgencias, ciclos corticoides orales (CO), suma de estos 3 como exacerbaciones globales (EG) en el año previo. Se realizaron comparaciones entre grupos.

**Resultados:** Se evaluaron 148 pacientes, de  $52 \pm 18$  años, IMC  $27 \pm 7$ , ACT  $18 \pm 3$ , ACQ  $3,2 \pm 1,5$ , SNOT22  $41 \pm 26$ , FEV<sub>1</sub>%  $83\% \pm 23$ , FENO:  $38 \pm 16$  ppb, eosinófilos  $587 \pm 1.187$ , IgE  $572 \pm 1.304$ , ingresos  $2 \pm 1$ , urgencias  $3 \pm 2$ , ciclos CO  $3 \pm 2$ , exacerbaciones globales  $5,2 \pm 4,7$ , procedentes de: Neumología 62%, Alergia 13%, ORL 13,5%, Dermatología 9,5%, Pediatría 2%. La indicación principal fue: AG 54%, AG + poliposis 18%, dermatitis atópica grave 11,5%, poliposis 9,5%, ABPA 3%, GEPA 1,4%, rinosinusitis + AG 1,4%, dermatitis atópica grave + AG 1,4%, esofagitis eosinofílica 0,7%. Los biológicos aprobados fueron dupilumab 40% (D), mepolizumab 23% (M), benralizumab 14,2% (B), tezepelumab 14,2% (T), omalizumab 7,4% (O), reslizumab 1,4% (R). Fueron de *switch* 40 pacientes (27%), procedentes en 47,5% de O, 22,5% de B, 15% de M, 12,5% de D, y 2,5% de T. La distribución de fenotipos fue T2 alérgico 35,4%, T2 eosinofílico 32%, T2 mixto 26%, no T2 7%. Al comparar los pacientes de *switch* frente a *naïve* se observaron diferencias significativas en ACT ( $17 \pm 2$  vs.  $18,7 \pm 3$ ,  $p = 0,003$ ), ACQ ( $3,8 \pm 1,2$  vs.  $3 \pm 1,5$ ,  $p = 0,002$ ), eosinofilia ( $423 \pm 618$  vs.  $647 \pm 1.341$ ,  $p = 0,014$ ), ingresos hospitalarios ( $1,6 \pm 0,4$  vs.  $0,8 \pm 0,2$ ,  $p = 0,04$ ), urgencias ( $2,3 \pm 0,4$  vs.  $1,8 \pm 0,2$ ,  $p = 0,013$ ), EG ( $6,8 \pm 5,8$  vs.  $4,7 \pm 4,1$ ,  $p = 0,015$ ) sin diferencias en el resto de parámetros. Cuando se excluyeron los pacientes pediátricos y exclusivamente dermatológicos, la comparación entre los 38 pacientes *switch* y 79 *naïve* solo mostró diferencias en ACQ ( $p = 0,04$ ) y n.º de ingresos ( $p = 0,03$ ).

**Conclusiones:** El CMFB fue útil para la valoración multidisciplinaria, tanto de los pacientes *switch* como *naïve*. Los pacientes *switch* en conjunto, presentan características muy similares aunque presentan mayor gravedad expresada en falta de control y exacerbaciones.

## 73. RESULTADOS DE UNA CAMPAÑA DEL DÍA MUNDIAL DE ASMA

**Anays del Valle Martínez Gómez**, Eusebi Chiner Vives, Ignacio Boira Enrique, Anastasiya Torba Kordyukova, Mónica Antón Gironés, Paula Fernández Martínez, Esther Pastor Esplá, José Norberto Sancho Chust, Yusleimy del Valle Chacín Marcano y María Hernández Padilla

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

**Introducción:** El día mundial del asma es una oportunidad para obtener datos epidemiológicos y sensibilizar a la población sobre la enfermedad.

**Material y métodos:** Coincidendo con el día mundial, en los años 2023 y 2024 se instaló una mesa informativa, constituida por especialistas de neumología, alergología y enfermería, invitando a participar voluntariamente. En los que accedieron, se recogió edad, sexo, IMC, diagnóstico previo de asma, médico de seguimiento, comorbilidad, tabaquismo, tratamiento, severidad (si existía diagnóstico previo) y derivación a consultas según resultados. Se practicó espirometría, FeNO y ACT. Se realizó un estudio descriptivo y se compararon las características entre pacientes con asma conocido o no, y se analizaron aquellos sin asma conocido y FeNO  $\geq 25$  ppb.

**Resultados:** Se evaluaron 112 voluntarios, edad  $57 \pm 18$  años (17-94), 84 mujeres (75%) y 28 hombres (25%), IMC  $26,5 \pm 5,5$ , FVC%  $100 \pm 14$  (59-132%), FEV<sub>1</sub>%  $88 \pm 15$  (44-133%), FEV<sub>1</sub>/FVC%  $75 \pm 8$  (34-90%), FeNO  $23 \pm 20$  ppb (4-114), ACT  $22 \pm 4$  (8-25). Eran no fumadores 65%, 21% fumadores y 13% exfumadores, con IPA de  $27 \pm 17$ . Presentaban asma conocido 45 (40%), con una media de años de asma de  $8 \pm 13$  años (1-60), rinitis 46 (41%) y comorbilidad 51 (46%). La gravedad en asmáticos fue intermitente leve en 46%, persistente leve 4,5%, persistente moderada 32% y grave 11%. Se habían realizado alguna espirometría previa 40% del total. De los pacientes con asma, 34% no tenían seguimiento, 41% eran seguidos por primaria y 25% por especializada. Hubo diferencias significativas al comparar ambos grupos en género (mayor % de mujeres en asma conocido y de hombres en no conocido,  $p = 0,05$ ), (FEV<sub>1</sub>%  $83 \pm 16$  vs.  $91 \pm 14$ ,  $p = 0,011$ ), FeNO ( $32 \pm 26$  vs.  $18 \pm 16$ ,  $p < 0,0001$ ) y ACT ( $19 \pm 5$  vs.  $23 \pm 3$ ,  $< 0,0001$ ), sin diferencias en edad, IMC e IPA, con diferencias en rinitis (57 vs. 3%,  $p < 0,0001$ ), espirometría previa (100 vs. 0%,  $p < 0,0001$ ) y sin diferencias en comorbilidad, tabaquismo y especialista de seguimiento. 14 pacientes, 4 hombres (29%) y 10 mujeres (71%) no tenían asma conocida, no tenían espirometría previa y presentaban FeNO  $\geq 25$  ppb, con FeNO medio  $36 \pm 11$ , FEV<sub>1</sub>%  $89 \pm 16$ , ACT  $20 \pm 4$ , de los cuales 2 tenían rinitis.

**Conclusiones:** Aun con el sesgo de no abordar población general y emplazarse en ubicación hospitalaria, existe un alto porcentaje de pacientes con asma (40%), muchos mal controlados y 12,5% con posible asma no conocida, que fueron derivados a consultas especializadas. Estas campañas son útiles, no solo para detectar nuevos pacientes, sino para aumentar la sensibilización sobre la enfermedad.

## 97. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON MEPOLIZUMAB EN PACIENTES CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA

**Juan Pablo Chiquiza Mora**, Selene Cuenca Peris, Daniel Segura Ayala, Aracelly Saravia Cazón, Ana Flor Pérez, Carmen Martínez Navarro, María Josefina Bueso Fabra y Margarita Marín Royo

Hospital General Universitario de Castellón, España.

**Introducción:** Mepolizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado contra la interleucina-5. Su mecanismo de acción es inhibir la inflamación mediada por eosinófilos, siendo útil en pacientes con asma grave no controlada (AGNC), lo que resulta en un menor uso de glucocorticoides sistémicos, reducción de las exacerbaciones y disminución de inflamación de tipo T2.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio observacional, retrospectivo en pacientes con AGNC en tratamiento con mepolizumab desde enero 2016 hasta enero 2024 en el Hospital General Universitario de Castellón. Las características clínico-demográficas estudiadas fueron edad, sexo, índice de masa corporal, poliposis nasal, reflujo gastroesofágico (RGE), atopía, apnea obstructiva del sueño (AOS), ansiedad, rinitis, bronquiectasias, aspergilosis broncopulmonar alérgica y granulomatosis eosinofílica con poliangitis. Se analizó la FEV<sub>1</sub> (L), eosinofilia periférica, FeNO, control de síntomas mediante ACT, uso de glucocorticoides sistémicos e ingresos hospitalarios antes y después de un año del tratamiento con mepolizumab.

	Pre Mepolizumab media (desviación típica)	1 año post Mepolizumab media (desviación típica)	P valor
FEV1 (L)	2,33 (0,91)	2,29 (0,96)	0,092
Eosinofilia periférica (células/mcL)	732,5 (445,4)	28,8 (58,1)	0,000
FENO (ppb)	59,6 (43,8)	38,3 (32,9)	0,001
ACT	15,7 (3,93)	23,1 (2,68)	0,000
Corticoides sistémicos (días/año)	57,5 (107,4)	19,4 (73,5)	0,004
Ingresos hospitalarios	1,37 (1,87)	0,22 (0,70)	0,000

Tabla 1. Resumen de resultados.

Tabla 1. Comunicación 97.

lizumab. Las medidas descriptivas y las pruebas inferenciales se realizaron según el tipo de variable. Se fijo p valor = 0,05.

**Resultados:** Se incluyeron 51 pacientes con edad media de diagnóstico de 48,4 años, 72,5% fueron mujeres con un fenotipo mayoritario eosinofílico (78,4%). Las comorbilidades más frecuentemente asociadas fueron rinitis (37,3%), obesidad (29,4%), poliposis nasal (29,4%), RGE (21,6%), AOS (19,6), bronquiectasias (15,7%), atopia (13,7%), ansiedad (11,8%). Ninguno de nuestros pacientes tenía diagnóstico de aspergilosis broncopulmonar ni granulomatosis eosinofílica. En el análisis pre y posttratamiento con mepolizumab se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con eosinofilia periférica ( $p < 0,000$ ), fracción exhalada de óxido nítrico ( $p < 0,001$ ), cuestionario ACT ( $p < 0,000$ ), ingresos hospitalarios ( $p < 0,000$ ) y uso de glucocorticoides sistémicos ( $p < 0,04$ ). No hubo diferencias estadísticamente significativas en el FEV<sub>1</sub> pre y postratamiento. No se registraron efectos secundarios.

**Conclusiones:** Mepolizumab es un tratamiento seguro que mejoró el control del asma, disminuyendo la necesidad de glucocorticoides sistémicos e ingresos hospitalarios, aunque no hubo cambios estadísticamente significativos en la mejoría de función pulmonar. Las comorbilidades más frecuentes fueron rinitis, obesidad y poliposis nasal.

## 101. SEGUIMIENTO Y MANTENIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS ANTI-IL-5 EN PACIENTES CON ASMA GRAVE

**Isabel Romero Espejo**<sup>1</sup>, Marta González Martínez<sup>2</sup>, Francisco Pérez Grimaldi<sup>1</sup>, Ángela Alcalá Soto<sup>2</sup>, Pedro Erdozain Pérez<sup>1</sup> y José Gregorio Soto Campos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC Neumología y Alergia, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, España. <sup>2</sup>UGC Farmacia Hospitalaria, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, España.

**Introducción:** Los antagonistas de la IL-5 han revolucionado el tratamiento del asma eosinofílico al disminuir exacerbaciones y mejorar la calidad de vida. Su eficacia y seguridad fueron evaluadas a través de un seguimiento extendido, con una duración de hasta 94 meses.

**Material y métodos:** Se trata de un análisis retrospectivo en pacientes con asma grave de difícil control que recibieron tratamiento con biológicos anti-IL-5 (mepolizumab, benralizumab o reslizumab) en el Hospital de Jerez, entre enero de 2017 y noviembre de 2024.

**Resultados:** Benralizumab: 81 pacientes (78% mujeres, edad media 60 años, 51 nunca fumadores) tratados entre febrero 2019 y agosto 2024. El 80% de los pacientes continuaron con el tratamiento, mientras que el 20% lo suspendió. De estos, 6 cambiaron a dupilumab, 1 a reslizumab, 1 a mepolizumab y 2 a tezepelumab debido a la falta de mejoría clínica. Cuatro pacientes suspendieron por efectos adversos y 2 fallecieron. Reslizumab: 42 pacientes (86% mujeres, edad media 61 años, 26 nunca fumadores) tratados entre enero 2017 y noviembre 2023. El 24% continuaron con reslizumab, mientras que el 76% suspendieron el tratamiento, por falta de respuesta clínica. Los cambios a otros biológicos fueron: 6 pacientes a benralizumab, 3 a

dupilumab, 13 a mepolizumab y 1 a tezepelumab. Además, 6 pacientes cambiaron a otros tratamientos debido a la falta de disponibilidad de reslizumab. También se produjo la suspensión por efectos secundarios, 1 paciente, por incumplimiento 1 paciente y por otro motivo 1 paciente. La duración media de tratamiento fue de 34 meses. Mepolizumab: 91 pacientes (59% mujeres, edad media 60 años, 53 nunca fumadores) tratados entre enero 2017 y septiembre 2024. El 62% continúa con el tratamiento, mientras que el 38% lo suspendió debido a la falta de respuesta clínica. De estos, 27 cambiaron a benralizumab, 7 a dupilumab y 1 a omalizumab. La duración media fue de 32 meses.

**Conclusiones:** Benralizumab muestra la tasa de continuidad más alta, seguido por mepolizumab y reslizumab (principalmente por falta de disponibilidad). La principal causa de cambio es la falta de mejoría clínica, siendo común el paso de mepolizumab a benralizumab. En términos de duración media de tratamiento, reslizumab lidera, seguido mepolizumab y benralizumab. Mepolizumab es el biológico mejor tolerado. Benralizumab se presenta como una opción para pacientes sin respuesta a otros tratamientos, mientras que dupilumab también emerge como una alternativa. En resumen, el manejo de los pacientes debe ser flexible e individual.

## 728. SWITCH Y PERSISTENCIA DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ASMA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROL (AGDC)

**Carla Romero Sayago**, Alberto González Hernández, Ana Rodríguez Cabrera, Marta Pérez Ortega, Jaime Domínguez Caro y Carolina Puchaes Manchón

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

**Introducción:** La aparición de diversos anticuerpos monoclonales o fármacos biológicos para el tratamiento del AGDC ha supuesto una revolución. Desde 2006 disponemos en nuestro hospital de estos fármacos con un beneficio clínico evidente. No obstante, según los diferentes estudios, aproximadamente solo una tercera parte de los pacientes tratados con terapia biológica alcanza una respuesta óptima.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, realizado en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva. Se identificaron a los pacientes que fueron tratados con terapia biológica para el AGCD, se cuantificó la persistencia del fármaco en estos pacientes, teniendo en cuenta la fecha de inicio y fin, en el caso de aquello que realizaron switch, analizando también el motivo de cambio de biológico. Las variables clínicas se obtuvieron de la historia clínica digital.

**Resultados:** - De los 106 pacientes analizados el 28% (30) tuvo que realizar un switch, el 57,9% estaba con omalizumab (O), 33,3% con mepolizumab (M) y 18,6% con benralizumab (B) (fig. 1). De ellos, los principales cambios fueron: de M a B, de O a B, de B a dupilumab (D) y D a tezepelumab (T) (fig. 2). El motivo de discontinuación del primer switch fue por falta de eficacia en el 73,33%, y el resto lo hicieron por efectos adversos. De los que hicieron un segundo switch, el 80% fueron por falta de eficacia y 20% por efectos adversos. En cuanto a la durabilidad de tratamiento, O ha sido el fármaco con mayor persis-

FIGURA 1	BIOLOGICOS	Switch			
		No		Si	
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
Oromalizumab	8	42,1%	11	57,9%	
Mepo	16	66,7%	8	33,3%	
Benralizumab	35	81,4%	8	18,6%	
Dupilumab	9	75,0%	3	25,0%	
Tezepelumab	8	100,0%	0	0,0%	

Figura 1. Comunicación 728.

tencia con una mediana de 3,4 años, seguido de M con una mediana de 2 años. No se ha encontrado ninguna variable de las analizadas que se relacione con *switch* por ineficacia.

Switch	OMA	MEPO	BENRA	DUPI	TEZE
OMA		1	6	1	2
MEPO			7	1	1
BENRA		1		6	4
DUPI		1	1		2
TEZE					

Figura 2.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte de pacientes, menos de un tercio precisó de un *switch* de biológico. Benralizumab ha sido el fármaco que menos *switch* ha precisado y además, el más elegido en caso de ineficacia. Son necesarios estudios con mayor tamaño muestral para validar nuestros resultados.

## 708. TERAPIA PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON ASMA GRAVE CON RESPUESTA SUBÓPTIMA A BIOLÓGICOS

**Clara Climent Campos**, Carolina Boris Bermeo, Anna Sala Marín, Carolina Raheb Vidal, Elisa Lillo González, Cristina de Juana Izquierdo, Loubna Dahmazi Dahmazi y Eva Martínez Moragón

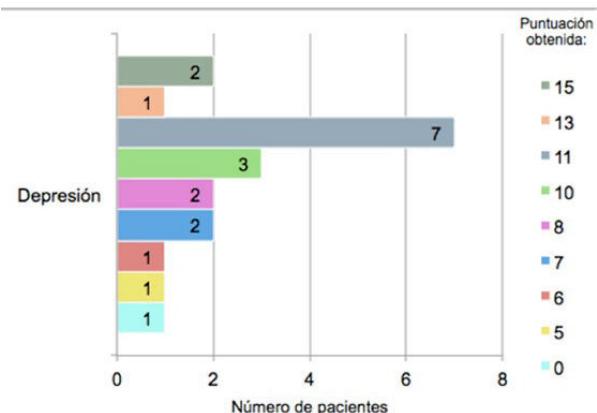
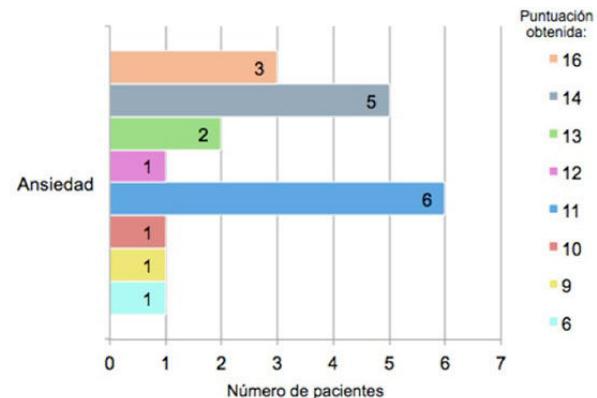
Hospital Doctor Peset, Valencia, España.

**Introducción:** Desde 2023 hemos incorporado una psicóloga clínica en la unidad de asma multidisciplinar de nuestro centro con el objetivo de demostrar que resulta útil evaluar y tratar el equilibrio emocional de los pacientes. La presente investigación pretende comprobar si la terapia psicológica mejora la respuesta a los tratamientos biológicos en pacientes con asma grave no controlada. Es un trabajo financiado en parte con beca FNCV 2023.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio prospectivo descriptivo transversal. Se incluyeron pacientes con asma grave en tratamiento biológico al menos 6 meses que no habían conseguido la remisión de la enfermedad (respuesta subóptima): cuando el paciente había tenido alguna exacerbación, había tomado corticoides sistémicos o su ACT era < 20). Al inicio de la terapia psicológica el paciente rellena el cuestionario ACT, miniAQLQ, TAI y escala ansiedad-depresión HADS. Se propone un tratamiento cognitivo-conductual con sesiones cada 2 semanas durante 6 meses. Tras ello, se repiten los mismos cuestionarios y se evalúa el control del asma y la respuesta al biológico.

**Resultados:** Se incluyeron 20 pacientes, con una edad media de 61 años. El 95% eran mujeres. Un 15% eran fumadoras y un 45% exfumadoras. Las puntuaciones de los pacientes en la escala HADS de ansiedad y depresión al inicio del estudio se muestran en la figura. El tiempo medio de tratamiento biológico fue de  $12 \pm 8$  meses y los biológicos fueron: mepolizumab, dupilumab, benralizumab y tezepelumab (con 8, 6, 5 y 1 un caso, respectivamente). Los resultados globales antes y después de la terapia psicológica se expresan en la

tabla. De forma significativa se ha reducido la ansiedad, las exacerbaciones, la toma de corticoides orales y el número de consultas médicas. El control de la enfermedad mejoró en 10 pacientes (mejorías medias en ACT  $5 \pm 3$  puntos), la calidad de vida en 9 (mejoría media de  $1,33 \pm 1,13$  puntos en miniAQLQ), la ansiedad y depresión en 15 (disminución media en escala HADS de 3 ± 3 puntos para ansiedad y de 3 ± 4 en depresión). En el resto de pacientes la puntuación en estos cuestionarios no se modificó o incluso empeoró. Tras la intervención, el biológico se cambió en 4 pacientes y se retiró en 2.



Puntuación obtenida en la escala ansiedad-depresión (HADS) al inicio del estudio.

	Antes del tratamiento psicológico	Después del tratamiento psicológico	P
ACT	$17 \pm 5$	$19 \pm 4$	0,183
FEV1 (%)	$91 \pm 31$	$91 \pm 19$	0,946
Exacerbaciones	$1,6 \pm 1$	$0,75 \pm 1$	0,016
Ansiedad	$12 \pm 2$	$10 \pm 4$	0,039
Depresión	$9 \pm 3$	$7 \pm 4$	0,059
TAI inhaladores	$46 \pm 9$	$47 \pm 9$	0,650
miniAQLQ	$4,33 \pm 1,2$	$5,2 \pm 1,05$	0,078
FENO	$31 \pm 42$	$15 \pm 8$	0,186
Ciclos de corticoides	$1,5 \pm 1,6$	$0,50 \pm 1$	0,002
Consultas médicas	$3,50 \pm 2$	$2,6 \pm 1$	0,049

Tabla con resultados globales antes y después de la terapia psicológica.

**Conclusiones:** Aunque hay que aumentar el número de casos para extraer conclusiones definitivas, los datos muestran que la intervención psicológica puede ayudar a mejorar el control de la enfermedad y la respuesta a los biológicos mejorando la ansiedad y reduciendo las exacerbaciones/consumo de corticoides/empleo de recursos.

### 368. TEZEPLEMAB EN ASMA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROL (AGDC) PARA PACIENTE *NAÏVE* O *SWITCH*?

Alberto González Hernández, Carla Romero Sayago, Jaime Domínguez Caro, Sara González Gutiérrez, Ana Rodríguez Cabrera y Carolina Puchades Manchón

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

**Introducción:** Tezepelumab es un tratamiento biológico contra AGDC, que actúa a nivel del epitelio, permitiendo bloquear diferentes vías de inflamación. La experiencia clínica hasta el momento es limitada. Sin embargo, parece que tezepelumab se posiciona para pacientes con un fenotipo T2, tanto perfil alérgico, como eosinofílico, pero también para cubrir a los pacientes No T2 en los que, hasta hace poco tiempo no disponíamos de arsenal terapéutico. Existen muchos pacientes que se benefician de dicho tratamiento, tanto de primera línea, *naïve*, como pacientes con un cambio de biológico, *switch*. El objetivo del estudio es valorar si existen diferencias en la eficacia clínica de tezepelumab en pacientes *naïve*, frente a pacientes con *switch* de biológico.

**Material y métodos:** Hemos realizado un estudio retrospectivo de los pacientes en tratamiento activo con tezepelumab y revisión a los 4/6 meses, tras inicio del fármaco, en el Hospital Juan Ramón Jiménez, recogiendo sus datos de eficacia mediante la escala multidimensional EXACTO (Exacerbaciones, ACT, FEV<sub>1</sub> y CO), comparando los pacientes *naïve*, frente a *switch* de biológico previo.

**Resultados:** De un total de 28 pacientes, se analizaron 17 que cumplían los criterios de inclusión, apreciándose de forma global, un aumento de la eficacia con tezepelumab en pacientes *naïve* (72% NoT2; 27% T2 alérgico; 1% T2 eosinofílico) con una respuesta completa (RC) en 30%, buena (RB) 40% y parcial (RP) 30%, en comparación con pacientes con *switch* (14,3% NoT2; 57,1% T2 alérgico-eosinofílico; 14,3% T2 eosinofílico y 14,3% T2 Alérgico), RC 14,3%, RB 28,6%, RP 14,3% y No respuesta 42,9%. Al analizarlo por subgrupos, se aprecian en los pacientes *naïve*, una mejoría en ACT media de 7 puntos, una

reducción de exacerbaciones (R.Ex.) de 80%; reducción de corticodependencia (CD) 54% (CD-post 10%) y una mejoría FEV<sub>1</sub> 6%. Mientras que en *switch*, apreciamos una mejoría en ACT media de 2 puntos, una R. Ex. de 53% (p = 0,07); reducción CD 13% (CD-post 22%) (p = 0,07) y una mejoría FEV<sub>1</sub> 10% (fig.).

**Conclusiones:** Tezepelumab es un fármaco eficaz en AGDC, donde parece tener mejores resultados en pacientes *naïve*, destacando la reducción de exacerbaciones y de corticodependencia. Existe un alto porcentaje de pacientes, que han sido tratados con diferentes biológicos, persistiendo falta de control de la enfermedad, evidenciándose que no conocemos por completo la fisiopatología del asma y debe seguir siendo objetivo de estudio. Son necesarios estudios con mayor tamaño muestral para validar nuestros resultados.

### 560. TEZEPLEMAB EN EL ASMA GRAVE EN SITUACIÓN DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL: RESULTADOS TRAS 6 MESES DE TRATAMIENTO

Carolina Karen Boris Bermeo<sup>1</sup>, María del Mar García Ródenas<sup>2</sup>, Ignacio Boira Enrique<sup>3</sup>, Eusebi Chiner Vives<sup>3</sup>, Cleofé Fernández Aracil<sup>2</sup>, María Dolores Martínez Pitarch<sup>4</sup>, Fernando Sánchez Toril<sup>5</sup>, Inmaculada Lluch Tortajada<sup>6</sup> y Eva Martínez Moragón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España. <sup>2</sup>Hospital General Universitario de Alicante, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario San Juan de Alicante, España. <sup>4</sup>Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva, España.

<sup>5</sup>Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España. <sup>6</sup>Hospital de La Ribera, Alzira, España.

**Introducción:** En el último trimestre 2023 tuvimos financiado en España el tratamiento con tezepelumab para asmáticos graves. Nuestro objetivo ha sido analizar el perfil de pacientes en el que lo hemos indicado en neumología y efectividad del mismo a los 6 meses.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo han participado 6 hospitales con unidad de asma acreditada por SEPAR. Hemos analizado todos los pacientes que han iniciado tezepelumab en periodo de seguimiento de 6 meses. Comparamos los resultados obtenidos en pacientes perfil T2 y no T2.

**Resultados:** Se han incluido 64 pacientes, mujeres 75%, edad media  $57 \pm 13$  años e IMC  $27 \pm 6$ . El 43% eran atópicos. En cuanto al fenotipo, 21(33%) mostraron perfil no T2, mientras 43 (67%) presentaban

FIGURA1.		NAIVE			SWITCH		
		Recuento	% de N columnas	Media	Recuento	% de N columnas	Media
Exac. PRE	0	0	0,0%		3	21,4%	
	1	3	21,4%		3	21,4%	
	2	2	14,3%		4	28,6%	
	3	3	21,4%		4	28,6%	
	>3	6	42,8%		0	0,0%	
Exac. POST	0	8	80,0%		6	75,0%	
	1	2	20,0%		1	12,5%	
	3	0	0,0%		1	12,5%	
ACT-PRE				9,57			11,50
ACT-POST				17,18			13,29
CD-Pre	No	5	35,7%		9	64,3%	
	Sí	9	64,3%		5	35,7%	
CD-post	No	9	90,0%		7	77,8%	
	Sí	1	10,0%		2	22,2%	
FEV1%-PRE				75,00			70,54
FEV1%-POST				81,30			80,17
EXACTO	N.R.	0	0,0%		3	42,9%	
	R.P.	3	30,0%		1	14,3%	
	R.B.	4	40,0%		2	28,6%	
	R.C.	3	30,0%		1	14,3%	

Figura 1. Comunicación 368. Comparativa de eficacia de tezepelumab, según escala multidimensional EXACTO, entre pacientes *naïve* y *switch*.

## A. Análisis de Tezepelumab a los 6 meses

Parámetro	Inicio de tezepelumab	6 meses de tratamiento	p valor
ACT	12±4	19±5	0.0001
FEV1 (%)	69±18	73±19	0.002
Exacerbaciones graves año previo	5±6	0.6±0.9	0.0001
IgE	149±224	99±145	0.059
FENO (ppb)	31±25	17±10	0.0001
Eosinófilos	237±195	98±82	0.0001
miniAQLQ	27±4	34±4	0.0001
SNOT 22	52±27	34±9	0.049

## B. Análisis de Tezepelumab comparativo T2 vs no T2

Parámetro	Inicio T2 vs no T2	p-valor al inicio	6 meses T2 vs no T2
ACT	13±4 vs 12±3	0.277	19±5 vs 18±5
FEV1 (%)	68±19 vs 71±18	0.607	73±21 vs 71±18
Exacerbaciones graves por año previo	4.9±6 vs 7±6	0.228	0.56±0.9 vs 0.72±0.89
IgE	185±197 vs 108±196	0.161	126±172 vs 49±38
FENO (ppb)	34±27 vs 17±14	0.018	19±11 vs 13±7
Eosinófilos	258±206 vs 136±54	0.012	103±94 vs 91±57

Tabla 1. Comunicación 560.

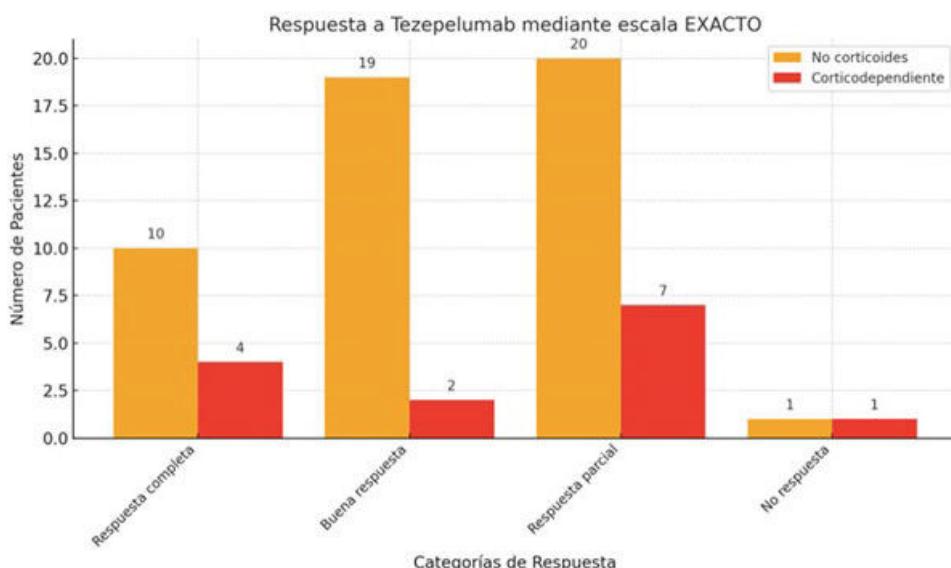


Figura 1. Comunicación 560.

perfil tipo T2 (17 eosinofílico, 14 alérgico y 12 alérgico/eosinofílico). Además, 12 pacientes (19%) tenían RNScPN y 14 (22%) eran corticodependientes. Solo 27 pacientes (42%) no contaba con tratamiento biológico previo, mientras que 37 (57%) había recibido alguno, siendo omalizumab el más frecuente (21 casos), seguido de mepolizumab, dupilumab y benralizumab (11 casos cada uno) y reslizumab (1 caso). De forma global se obtuvo a los 6 meses reducción significativa del número de exacerbaciones, disminución de FeNO y eosinófilos, junto con mejoría FEV<sub>1</sub>, ACT y calidad de vida tabla 1A. La ganancia media en FEV<sub>1</sub> postbroncodilatador fue 80 ml a los 6 meses. Destacamos mejoría significativa del SNOT-22 en pacientes con RNScPN. A los 6 meses, la respuesta evaluada mediante escala EXACTO fue respuesta completa 14 pacientes (22%), buena respuesta 21 (33%), respuesta parcial 27 (42%) y no respuesta 2 (3%). La distribución de estas respuestas según corticodependencia inicial se presenta en la figura 1. No se observaron efectos adversos en el estudio. El tratamiento con tezepelumab se interrumpió después de 6 meses en 2 pacientes por falta de respuesta, ambos tenían perfil no T2. Analizando por separado a los pacientes T2 y no T2, los primeros tienen FENO y eosinófilos mayores al inicio del tratamiento tabla 1B. La comparativa de respuesta entre pacientes con perfil T2 y no T2 muestra buena res-

puesta global en ambos grupos, pero la función pulmonar mejora significativamente únicamente en los T2.

**Conclusiones:** En la práctica estamos obteniendo buena respuesta al tratamiento con tezepelumab en pacientes con asma T2 y no T2, a pesar de usarlo mayoritariamente en aquellos donde han fallado otros biológicos y en porcentaje alto de pacientes corticodependientes. Se confirma seguridad del fármaco.

#### 480. TEZEPLEMAB Y LA DISMINUCIÓN DEL USO DE CORTICOIDEOS ORALES EN ASMA GRAVE

**Susana Rojo Tolosa**<sup>1</sup>, José Antonio Sánchez Martínez<sup>1</sup>, Gonzalo Jiménez Gálvez<sup>1</sup>, María Victoria González Gutiérrez<sup>1</sup>, Alberto Jiménez Morales<sup>2</sup> y Concepción Morales García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España. <sup>2</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

**Introducción:** El uso prolongado de corticoides orales (OCS) en pacientes con asma grave está asociado con efectos secundarios sig-

nificativos, incluyendo osteoporosis, diabetes y supresión adrenal. Tezepelumab, un anticuerpo monoclonal dirigido contra la linfopoyetina estromal tímica (TSLP), ha demostrado reducir la inflamación de las vías respiratorias y la dependencia de OCS en ensayos clínicos. Este estudio evalúa la efectividad de tezepelumab en la reducción de ciclos de OCS en pacientes tratados en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes con asma grave que iniciaron tratamiento con tezepelumab y tenían al menos 6 meses de seguimiento. Se registraron los ciclos de OCS en el año previo y posterior al inicio del tratamiento. Se calculó el porcentaje de reducción individual en el uso de OCS y se realizó un análisis estadístico (prueba de Wilcoxon para datos pareados) para determinar la significancia de la reducción observada.

**Resultados:** En el periodo analizado, 14 pacientes completaron el seguimiento. El número promedio de ciclos de OCS antes del inicio de tezepelumab fue de  $2,5 \pm 3,1$ , mientras que después fue de  $0,6 \pm 0,6$ , representando una reducción promedio del 76%. La prueba de Wilcoxon mostró que la disminución en el uso de ciclos de OCS fue estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ). Individualmente, 6 pacientes lograron una reducción del 100%, mientras que 3 pacientes tuvieron reducciones parciales (50-91,7%) y 3 paciente no presentaron cambios. Cabe destacar que dos pacientes no requirieron OCS ni antes, ni después del tratamiento. Estos hallazgos sugieren una disminución clínicamente relevante y consistente en la necesidad de OCS en la mayoría de los pacientes tratados.

**Conclusiones:** El tratamiento con tezepelumab se asocia con una reducción significativa en la necesidad de ciclos de OCS en pacientes con asma grave atendidos en nuestro hospital. Este hallazgo refuerza el potencial de tezepelumab para minimizar la exposición a los efectos adversos asociados con el uso prolongado de OCS, contribuyendo a una mejor calidad de vida en esta población.

## 922. TOLERANCIA A FÁRMACOS NEBULIZADOS EN PACIENTES CON ASMA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

**Edwin Jonathan Yong Portugal**, Laura Lago Lagunas, Ana Victoria Castillo Durán, Ignacio Jara Alonso, Diego Ceballos Gómez-Barreda, María Angélica Yáñez Quintero, Juan Manuel Velasco Martín, Marta Borrallo Queipo de Llano, Silvia Agudo Caballero, Pablo Florentino González Rodríguez, Rosa María Nieto Royo, Luis Máiz Carro, Aurora Solier López, Silvia Sánchez Cuellar y Raquel Morillo Guerrero

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

**Introducción:** El asma es una enfermedad inflamatoria muy heterogénea, y en muchas ocasiones, difícil de tratar y controlar. Muchos pacientes no controlados presentan clínica de broncorrea, bronquiectasias o infección bronquial crónica como rasgo tratable. La eficacia de los fármacos nebulizados para mejorar el control en pacientes con asma ha sido poco estudiada. El objetivo de nuestro estudio es valorar la tolerancia a fármacos nebulizados en los pacientes de la consulta de asma bronquial grave.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes de la consulta de asma a los que se les solicitó test de tolerancia a fármacos nebulizados entre enero de 2022 y septiembre de 2024. Se realizaron pruebas de tolerancia a fármacos nebulizados (suero salino hipertónico al 6%, suero salino hipertónico al 7% con ácido hialurónico, gentamicina nebulizada, ampicilina nebulizada y colistimeta de sodio nebulizado). Se evaluó la tolerancia funcional con espirometría post fármaco y la tolerancia clínica mediante el test de Likert.

**Resultados:** Se analizaron las características de 30 pacientes. La media de edad fue 64,03 años con un predominio del sexo femenino (86,67%) y con un diagnóstico de asma de inicio tardío (86,67%) (ta-

bla 1). El perfil predominante fue T2 alto de tipo eosinofílico observado en un 43,33% (13 pacientes). El 56% de la muestra presentaba un asma mal controlada con un ACT < 19. La media de FEV<sub>1</sub> de nuestros pacientes fue de 1.967 ml con una media de 0,6 agudizaciones en los 6 meses previos. Diecisésis de nuestros pacientes contaban con aislamiento microbíologico siendo los gérmenes más comunes el *Staphylococcus aureus* (4 pacientes) y *Pseudomonas aeruginosa* (3 pacientes). Tras la realización de pruebas de tolerancia a fármacos se evidenció que el 70% (21) de nuestros pacientes toleró de manera adecuada, funcional y clínicamente, a uno o más fármacos nebulizados. Los fármacos con mejor perfil de tolerancia fueron el colistimeta de sodio (75%) y el SSH al 7% con ácido hialurónico (72%) (tabla 2). Nueve de nuestros pacientes presentaron mala tolerancia funcional o clínica a los fármacos nebulizados. Dentro de este grupo, solo el 22% presentaba bronquiectasias como rasgo tratable y el 66,67% estaba diagnosticado de asma grave.

Características de los pacientes	N (%)
Género	
Femenino	26 (86,67%)
Masculino	4 (13,33%)
Diagnóstico de asma	
Tardío	26 (86,67%)
Precoz	4 (13,33%)
Asma grave	
Sí	14 (46,67%)
No	16 (53,33%)
Tipo de asma	
Eosinofílico	13 (43,33%)
No T2	8 (26,67%)
Alérgico	5 (16,67%)
Mixto	4 (13,33%)
Bronquiectasias	
Sí	14 (46,67%)
No	16 (53,33%)
Tratamiento	
Doble terapia	5 (16,67%)
Triple terapia	25 (83,33%)
Montelukast	12 (40%)
Azitromicina	8 (26,67%)
Biológicos	6 (20%)

Tabla 1.

Tolerancia a fármacos nebulizados	N (%)
Suero salino hipertónico (SSH) al 6%	7
Buena	4 (57,14%)
Mala	3 (42,86%)
SSH al 7% con ácido hialurónico	25
Buena	18 (72%)
Mala	7 (28%)
Colistimeta de sodio	12
Buena	9 (75%)
Mala	3 (25%)
Gentamicina	9
Buena	4 (44,44%)
Mala	5 (55,56%)
Ampicilina	7
Buena	5 (71,42%)
Mala	2 (28,58%)

Tabla 2.

**Conclusiones:** Los fármacos nebulizados fueron una alternativa bien tolerada para el tratamiento complementario de nuestros pacientes con asma. El colistimeta de sodio y el SSH al 7% con ácido hialurónico fueron los mejores tolerados.

## **121. TRANSCRIPTÓMICA DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN EL ASMA GRAVE: UN ESTUDIO PROSPECTIVO**

**Laura Jiménez Muñoz<sup>1</sup>, Amanda Iglesias Coma<sup>2</sup>,  
Josep Muncunill Farreñy<sup>1</sup>, Aarne Fleischer<sup>1</sup>, Maria Berman Riu<sup>1</sup>,  
Meritxell López Zamora<sup>3</sup>, Ruth Engonga Gutiérrez<sup>3</sup>,  
Nuria Toledo Pons<sup>3</sup>, Mar Mosteiro<sup>4</sup>, Inés Escribano<sup>5</sup>  
y Francisco de Borja García-Cosío Piqueras<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>IdISBa, Palma, España. <sup>2</sup>CIBERES-IdISBa, Palma, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario Son Espases-IdISBa, Palma, España. <sup>4</sup>Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España. <sup>5</sup>Hospital Infanta Sofía, Madrid, España.

**Introducción:** Los pacientes con asma grave no controlada (AGNC) pueden tener una respuesta variable a la terapia biológica (TB). Aún no se dispone de un biomarcador preciso predictor de la respuesta a TB. Nuestra hipótesis es que existen perfiles de microRNA (miRNA) y RNA mensajero (mRNAs) en la biopsia bronquial (BB)

que pueden identificar a los pacientes que alcanzan una respuesta completa tras 6 meses de TB.

**Objetivos:** Evaluar los perfiles de miRNA y mRNAs en BB como predictores de respuesta clínica a TB en una población con AGNC.

**Material y métodos:** Treinta y dos pacientes consecutivos fueron reclutados de una consulta monográfica de AGNC. Se realizó broncoscopia con biopsia bronquial previo inicio del TB con benralizumab, mepolizumab o reslizumab. Evaluamos la respuesta clínica a los 6 meses de tratamiento considerando la reducción de exacerbaciones y corticoides orales y la mejoría del CAT y del FEV<sub>1</sub>. Se extrajeron miRNAs y mRNAs de las BB y sus perfiles de expresión se analizaron mediante *arrays* de expresión. Se realizó un análisis de Gene Ontology (GO) para determinar los genes/miRNAs diferencialmente expresados y las vías de señalización implicadas.

**Resultados:** Los datos del perfil de expresión mostraron 35 mRNAs, y 8 miRNAs diferencialmente expresados (DE) en muestras de biopsia bronquial al comparar pacientes no respondedores frente a respondedores. Al cruzar los datos de los miRNA y mRNA diferen-

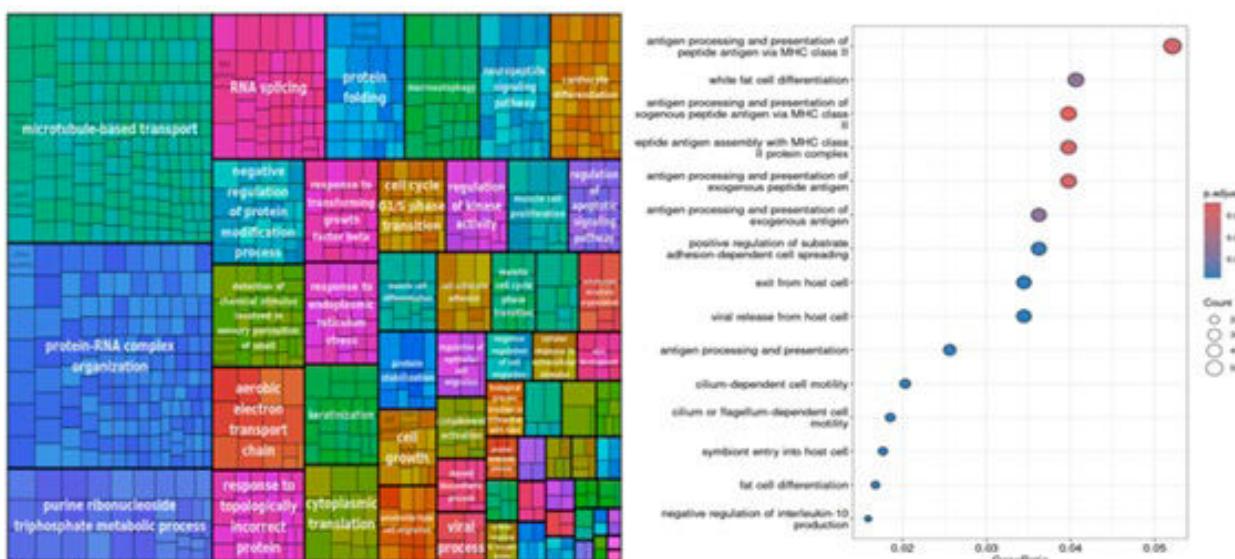


Figura 1. A) Visualización treemap que ilustra la agrupación y reducción de términos GO redundantes; B) Representación gráfica de puntos de términos GO enriquecidos, donde el tamaño indica el número de términos y el color refleja los valores  $p$  ajustados para la significación estadística. El tamaño y el color reflejan los valores  $p$  ajustados para la significación estadística.

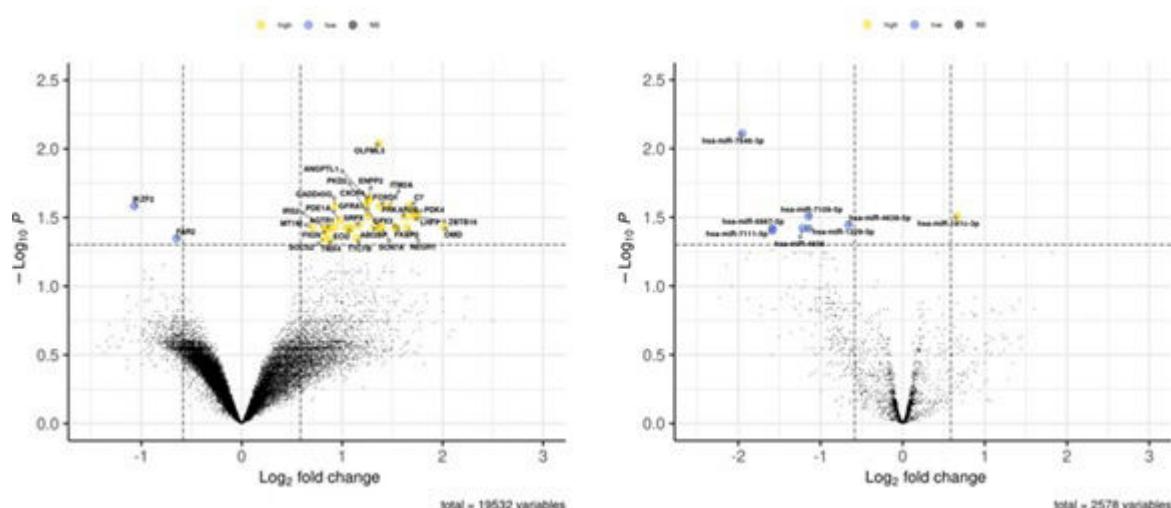


Figura 2. Volcano plot en el que se destacan los genes diferencialmente expresados, con los cambios significativos representados mediante un código de colores basado en los *p*-value ajustados y los log<sub>2</sub> fold changes. A) Genes; B) miRNAs.

cialmente expresados, pudimos identificar varios genes clave implicados en la patogenia del asma grave entre ellos PDK4, ANGPTL4 y FOXO1.

**Conclusiones:** Los pacientes respondedores a TB presentan un patrón de expresión génica diferente a los no respondedores, destacando la implicación de múltiples vías relacionadas con la inflamación y remodelación de las vías respiratorias. Nuestros resultados indican que PDK4, ANGPTL4 y FOXO1 pueden ser elementos clave en la respuesta a TB.

## 571. UTILIDAD DE LA OSCILOMETRÍA DE IMPULSOS EN EL MANEJO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA BRONQUIAL: ESTUDIO PILOTO DEL PROYECTO ASPEN

**Javier Gutiérrez Baigorri**, Patricia Bayod Carbo, Laura Martín Biel, Isabel Jiménez Gonzalo, Cristina Alexandra Romero Espinosa, Sonia Zúñiga Quílez, Nuria Bernad Serrano, Irene Almudena Tesán Aznar, María Senar García, Alba Rojas Jiménez, Aroa Pradas Hernández, Juan Solchaga Flores y Elisabet Vera Solsona

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

**Introducción:** La oscilometría de impulsos (IOS) es una exploración que evalúa de forma no invasiva y sencilla la mecánica respiratoria. La vía aérea pequeña (VAP) desempeña un papel importante en la fisiopatología del asma y su afectación aumenta proporcionalmente en función de la gravedad de la enfermedad. Debido a que la espirometría no proporciona una suficiente información sobre la VAP y tiene una correlación débil sobre el control del asma, se propone como hipótesis de nuestro estudio la realización de la oscilometría

para valorar la gravedad y control del asma y su correlación con los principales parámetros funcionales (FEV<sub>1</sub> y FEF 25-75).

**Material y métodos:** Se reclutan 36 pacientes procedentes del proyecto observacional prospectivo ASPEN, realizado en la Unidad de Asma del HUMS. Los criterios de inclusión fueron: presentar un diagnóstico previo de asma desde Atención Primaria o Neumología de Área y que se realizará la consulta desde el formato de interconsulta virtual en los 6 meses previos. Se excluyeron dudas de diagnóstico, exacerbaciones y aquellos pacientes que rechazaron participar en el estudio. Se completó el estudio con: IOS, espirometría forzada con prueba broncodilatadora y cuestionario de control de síntomas (ACT).

**Resultados:** En nuestra muestra de un total de 36 pacientes incluidos: un 64% eran mujeres, edad media de 58 años (DE ± 17), un 8% eran fumadores activos y tenían un IMC medio de 27 (DE ± 4). Se subdividieron los pacientes en función de su estadio clínico (tabla), y se calculó la correlación entre FEV<sub>1</sub>(%) y FEF2575 (%) con R5-20 (cmH<sub>2</sub>O.s/L) (fig.). Se observa una tendencia ascendente de los valores medios de R5-20 (A. intermitente 0,38, A. leve 0,60, A. moderada 0,58, A. grave 0,85) y AX (A. intermitente 8,02, A. leve 10,48, A. moderada 12,89, A. grave 20,5) conforme se escala en gravedad de la enfermedad. En cuanto a la correlación entre los valores de función pulmonar mediante espirometría forzada (FEV<sub>1</sub> y FEF2575) y los obtenidos mediante IOS (R5-20), se alcanza la significación estadística ( $p < 0,05$ ) en los grados de asma moderada y grave.

**Conclusiones:** A pesar del tamaño muestral pequeño, se visualiza una tendencia ascendente en los parámetros R5-20 y AX, teniendo mayores resistencias en la vía aérea aquellos pacientes catalogados de mayor gravedad usando las guías de práctica clínica habitual. Dada la facilidad técnica de la IOS, se deberían incrementar los estudios para definir la utilidad de la misma en el manejo del asma u otras patologías obstructivas pulmonares.

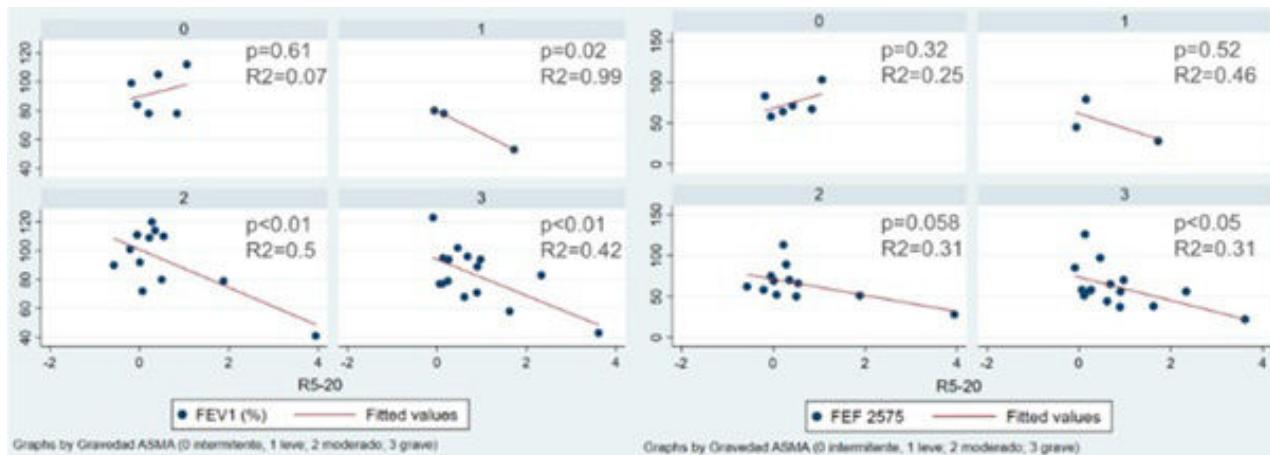


Figura 1. Comunicación 571. Gráficos de correlación entre FEV<sub>1</sub>(derecha) y FEF2575 (izquierda) con R5-20 por grupos clínicos.

Tabla 1. Comunicación 571

División por grupos clínicos de gravedad de asma y características clínicas

	Asma intermitente	Asma leve	Asma moderada	Asma grave
N.º pacientes	6	3	12	15
Dosis de Cl (μg budesonida)	213 (DE 330)	413 (DE 220)	507 (DE 177)	382 (DE 119)
N.º exacerbaciones en el último año	1,5 (DE 0,8)	1 (DE 1)	2 (DE 1,7)	1,9 (2,4)
ACT	20,8 (DE 3,8)	21,7 (DE 1,5)	19,9 (DE 3,9)	17,5 (DE 5,1)
FEV <sub>1</sub> (%)	92,7 (DE 14,6)	70,3 (DE 15)	93,2 (DE 22,6)	83,3 (DE 19,3)
FEF2575 (%)	74,3 (DE 16,3)	50,7 (DE 26)	65,3 (DE 21,4)	61,3 (DE 25,8)
R5 (cmH <sub>2</sub> O.s/L)	4,48 (DE 2,64)	3,58 (DE 1,19)	3,78 (DE 1,99)	4,41 (DE 1,44)
R5-20 (cmH <sub>2</sub> O.s/L)	0,38 (DE 0,49)	0,60 (DE 0,97)	0,58 (DE 1,21)	0,85 (DE 0,99)
AX (cmH <sub>2</sub> O.s/L)	8,02 (DE 7,99)	10,48 (DE 10,97)	12,89 (DE 20,83)	20,5 (DE 25,98)

## 923. VALIDACIÓN CLÍNICA DEL FEOS RATE PARA MEDIR LA RESPUESTA A BIOLÓGICOS EN ASMA GRAVE

**Belén Morote Bravo<sup>1</sup>, Nagore Blanco Cid<sup>1</sup>, Eva Martínez Moragón<sup>2</sup>, Carolina Cisneros Serrano<sup>3</sup>, Hemily Izaguirre Flores<sup>4</sup>, Silvia Sánchez Cuéllar<sup>5</sup>, María Dolores Martínez Pitarch<sup>6</sup>, Cleofe Fernández Aracil<sup>7</sup>, Andrea Trisán Alonso<sup>8</sup>, José Carlos Serrano Rebollo<sup>9</sup>, Zully Vásquez Gambasica<sup>10</sup>, Rocío Magdalena Díaz Campos<sup>11</sup>, Inés Escrivano Gimeno<sup>12</sup>, Daniel Laorden Escudero<sup>13</sup> y Luis Pérez de Llano<sup>1</sup>**

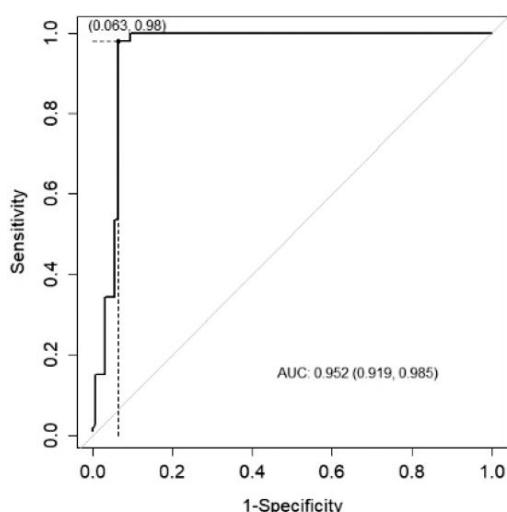
<sup>1</sup>Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España. <sup>2</sup>Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España. <sup>4</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria, España. <sup>5</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. <sup>6</sup>Hospital Lluís Alcanyà, Xàtiva, España. <sup>7</sup>Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante, España. <sup>8</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España. <sup>9</sup>Hospital de Llerena-Zafra, Llerena, España. <sup>10</sup>Hospital Universitario de Getafe, España. <sup>11</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. <sup>12</sup>Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, España. <sup>13</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

**Introducción:** El score FEOS (FEV<sub>1</sub>, exacerbaciones, corticosteroides orales y síntomas) se desarrolló para cuantificar la respuesta a biológicos en asmáticos graves respecto a la situación de partida. Sin embargo, la mejoría clínica potencial máxima (MCM) es diferente para cada paciente (mayor para los más graves). El FEOS rate (puntuación FEOS/MCM × 100) puede superar este inconveniente.

**Material y métodos:** Se clasificó la respuesta a biológicos a los 12 meses en 3 grupos: R1 (remisión clínica): Sin exacerbaciones graves (EG) en los 12 meses anteriores, ACT ≥ 20, sin corticosteroides orales de mantenimiento (OCS) y FEV<sub>1</sub> ≥ 80%. R2 (respuesta parcial): Sin EG en los 12 meses precedentes, ACT ≥ 20, OCS ≤ 5 mg y FEV<sub>1</sub> < 80%. R3 (respuesta subóptima): O bien ≥ 1 EG en los 12 meses precedentes, o bien ACT < 20, o bien OCS > 5 mg. Se elaboraron curvas ROC con el valor del FEOS rate para valorar su capacidad para discriminar cada uno de los 3 tipos de respuesta. Se utilizó el índice de Youden para hallar el mejor punto de corte.

**Resultados:** 267 pacientes (109 R1, 56 R2, 102 R3) (tabla). El FEOS rate discriminó R1-R2 con un AUC 0,91 (mejor punto de corte 98%), R2-R3 con un AUC 0,90 (mejor punto de corte 91%) y R1-R3 con un AUC 0,96 (mejor punto de corte 96%; figura).

ROC Curve. Criterion: Youden



**Conclusiones:** El FEOS rate es una herramienta útil para graduar la respuesta a un biológico respecto a la MCM y para identificar pacientes con diferentes tipos de respuesta.

	Total	R1	R2	R3
N	267	109	56	102
Edad	54±12	52±12	58±11	54±13
Sexo (%)	♂ 28 ♀ 71	♂ 30 ♀ 69	♂ 30 ♀ 69	♂ 25 ♀ 75
Tabaquismo (%)	1	0	0	1
IMC	28±5	27±6	27±5	28±6
Rinitis (%)	71	70	73	73
Poliposis (%)	45	46	60	34
ACT	13±4	13±4	14±4	12±4
Exacerbaciones	3±2	3±1	2±1	3±2
Obesidad (%)	31	27	21	40
Depresión (%)	13	13	10	14
Biológico (%)				
Benralizumab	25	32	25	17
Mepolizumab	47	46	48	46
Reslizumab	7	4	16	6
Omalizumab	20	16	10	30
Dupilumab	1	2	0	1
FEV1 basal (%)	76±20	83±21	69±19	72±17
Eosin (cels /mm <sup>3</sup> )	552±395	622±393	582±403	462±380
OCS mantenimiento (%)	30	21	14	47
DA de prednisona	13±58	4±6	2±2	21±78

## 112. VARIACIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN LOS PACIENTES CON ASMA GRAVE EN TRATAMIENTO CON TEZEPLEMABUM

**Isabel Muñoz Ramírez<sup>1</sup>, Carlos Antonio González del Pino<sup>2</sup>, Adriano Asuero Llanes<sup>1</sup>, Borja Ruiz Duque<sup>1</sup>, Mercedes Garcí-Varela Olea<sup>1</sup> y Ana Fulgencio Delgado<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Comarcal Infanta Elena, Huelva, España. <sup>2</sup>Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España.

**Introducción:** Los pacientes con asma grave muestran a menudo una reducción de la función pulmonar, lo cual supone una limitación en su calidad de vida y un aumento de la mortalidad. Por ello, existe un gran interés en encontrar fármacos que aumenten la función pulmonar de estos pacientes. Tezepelumab ha demostrado en los ensayos clínicos mejorar la función pulmonar de los pacientes con AGNC con respecto a placebo. El objetivo de nuestro estudio fue analizar si en nuestra serie de pacientes que iniciaban tratamiento con tezepelumab se producía un aumento estadísticamente significativo de la función pulmonar tras 24 semanas de tratamiento.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes que habían iniciado tratamiento con tezepelumab. Se realizaron pruebas de normalidad, comprobándose que el FEV<sub>1</sub> seguía una distribución normal. Mediante la prueba t de Student, se compararon las medias de la función pulmonar previa al tratamiento y a las 24 semanas.

**Resultados:** Se observó un aumento de 198 ml (+12%) en el FEV<sub>1</sub> independientemente del IMC, del fenotipo asmático y del tratamiento previo, siendo este dato estadísticamente significativo ( $p < 0,01$ ). En los pacientes T2 alto eosinofílicos y en los alérgicos eosinofílicos, el FEV<sub>1</sub> aumento 314 ml (+17%) ( $p < 0,01$ ) y 121 ml ( $p < 0,01$ ) +8% ( $p < 0,05$ ) respectivamente, mientras que en nuestro paciente no T2 ha disminuido 40 ml. En los pacientes con sobrepeso u obesidad (IMC > 25) el aumento de FEV<sub>1</sub> fue de 235 ml ( $p < 0,05$ ) +14% ( $p < 0,05$ ), mientras que en los pacientes con normopeso (IMC < 25) se produjo un aumento no significativo de 155 ml. En los pacientes naïve, se produjo un aumento significativo del FEV<sub>1</sub> de 148 ml ( $p < 0,01$ ), mientras que en los pacientes que venían de otro monoclonal, aumentó significativamente 228 ml ( $p < 0,01$ ) +13% ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** En nuestro estudio, se produjo un aumento significativo del FEV<sub>1</sub> a las 24 semanas de tratamiento. Existe un mayor aumento de la función pulmonar en los pacientes con obesidad/sobrepeso, en los pacientes provenientes de monoclonales previos y en los pacientes T2 alto esosinofílicos, siendo estos datos estadísticamente significativos. Solo tenemos un paciente no T2, lo cual supuso una limitación a la hora de evaluar la variación de función pulmonar en este grupo de pacientes.

**Resultados:** Encontramos 29 miARNs expresados diferencialmente, validando 7 de ellos (let-7a-5p, let-7b-5p, let-7c-5p, let-7f-5p, miR-9-5p, miR-31-5p, miR-3168) en una cohorte nacional de 120 pacientes y 110 controles. A continuación, se utilizaron modelos de clasificación para analizar su potencial como predictor de HPA, seleccionando 3 miARNs. En la primera mitad de nuestra cohorte, obtuvimos un modelo con un AUC de 0,888. Este valor bajó a 0,738 al usar este modelo en toda la cohorte de pacientes. Analizamos el efecto de miR-3168, un nuevo miARN regulado al alza en pacientes con HPA, observando que interacciona con BMPR2. Mediante el ensayo de formación de tubos demostramos que altera la angiogénesis.

## CIRCULACIÓN PULMONAR

### 304. ANÁLISIS DE MICRO ARN (MIARN) CIRCULANTES EN PACIENTES CON HPA. SOBREEXPRESIÓN DEL MIARN-3168 Y POTENCIAL PAPEL EN LA ANGIOGÉNESIS

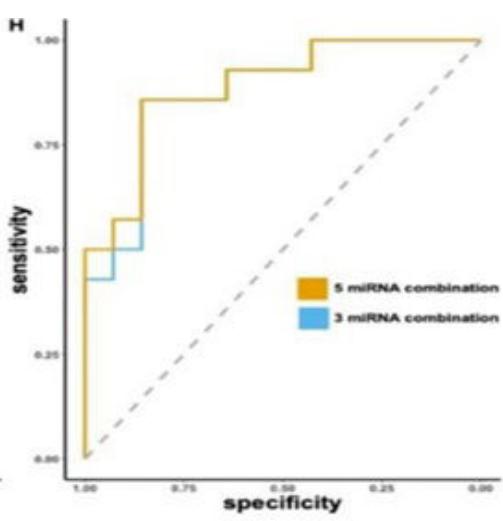
Adolfo Baloira Villar<sup>1</sup> y Mauro Lago Docampo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, España.

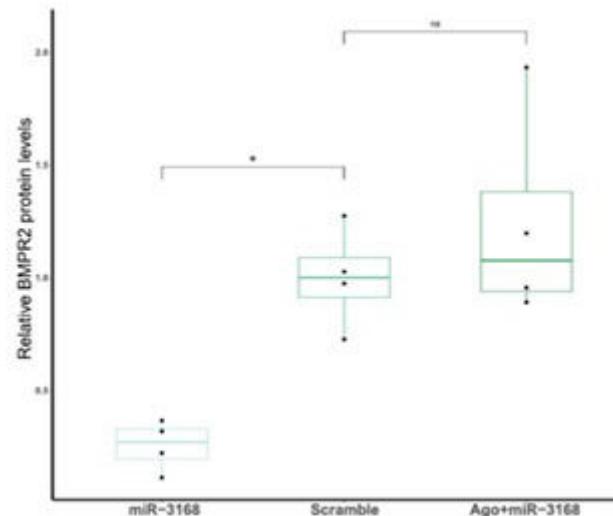
<sup>2</sup>Universidad de Vigo, España.

**Introducción:** Los micro ARN (miARN) son pequeños ARN no codificantes de unos 20-22 pb que regulan la expresión génica a través de la unión a las regiones 3' no traducidas de los genes. Se pueden encontrar en el plasma circulante unido a las proteínas Ago2, dentro de los cuerpos apoptóticos y en vesículas de diferentes tipos. El potencial papel patogénico de los miARNs circulantes se ha propuesto desde hace algunos años en una amplia variedad de enfermedades. El objetivo del estudio fue buscar diferencias en la concentración de miARNs circulantes conocidos entre pacientes con HPA del grupo I y controles sanos, identificar características distintivas en los pacientes y buscar nuevos miARNs potencialmente implicados en el desarrollo de esta enfermedad.

**Material y métodos:** Se realizó búsqueda y secuenciación de miARN en el plasma de pacientes con HPA del grupo I y en controles sanos, validándolo posteriormente mediante qPCR. Una vez identificados, se analizó su posible papel utilizando ensayos de western-blot, citometría de flujo y por último formación de tubos para valorar la capacidad angiogénica. El análisis estadístico se realizó con el paquete R v. 3,6. Para el análisis predictivo de riesgo se usaron los criterios del estudio COMPERA. Las diferentes variables se seleccionaron mediante técnicas de regresión logística. Para la construcción de curvas ROC se utilizó el paquete "pROC" R.



Curvas ROC con 5 y 3 miARN.



Intensa disminución de la expresión de BMPR2 con exposición a miARN-3168.

**Conclusiones:** Hemos identificado nuevos miARN tanto sobre expresados como infra expresados en pacientes con HPA del grupo I. Desarrollamos una firma de 3 miARN con utilidad para el diagnóstico de la HPA. Un nuevo miARN, miR-3168, interacciona sobre BMPR2, alterando potencialmente la angiogénesis.

### 566. ANÁLISIS DEL MANEJO DE PACIENTES CON EMBOLIA PULMONAR AGUDA DE RIESGO INTERMEDIO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS

Jorge Mora Pinilla, Araceli Abad Fernández, Fernando García Prieto, Sonia Pascual García, María Conejero Merchán, Alejandro García García, Waail Boubekri, María Teresa Río Ramírez y Diego Durán Barata

Hospital Universitario de Getafe, España.

**Introducción:** La tromboembolia de pulmón (TEP) es la tercera causa de muerte cardiovascular, tras el infarto agudo de miocardio y el ictus. La mortalidad por todas las causas de la TEP de riesgo intermedio-alto se estima en un 10%, aumentando a un 30% en las de riesgo alto. Las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) se han postulado como lugares para la monitorización estrecha de pacientes con TEP que permiten identificar a aquellos pacientes que puedan presentar deterioro hemodinámico y valorar de manera precoz el inicio de terapias de reperfusión. El objetivo fue describir las características clínico-epidemiológicas y la evolución clínica de pacientes con TEP aguda sintomática de riesgo intermedio ingresados en una UCRI.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo para evaluar la evolución clínica de pacientes con TEP aguda sintomática que ingresaron en la UCRI del Hospital Universitario de Getafe entre 2021 y 2024. Se recogieron variables epidemiológicas y clínicas du-