

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

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

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

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

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

VARIABLE	GRUPO INTERVENCIÓN (n=75)	GRUPO CONTROL (n=50)	TOTAL (n=125)
Edad (años)	61,4 (11,6)	61,4 (11,1)	61,4 (11,3)
Sexo (H, %)			
Masculino	38,1 (50,7)	25,0 (50,0)	22,5 (50,3)
Femenino	36,9 (49,3)	25,0 (50,0)	31,1 (49,7)
FEV1 (l/s)	2,4 (0,7)	2,3 (0,7)	2,3 (0,7)
PEF (l/s)	90,4 (16,4)	90,4 (17,3)	90,4 (16,8)
6MWD (m)	5,2 (11,8)	4,5 (11,2)	4,8 (11,5)
mDDR	34,8 (8,1)	35,5 (8,8)	35,2 (8,2)
Exacerbaciones últimos 12 meses	2,5 (2 = 4,75)	3 (2 = 4)	3 (2 = 4)
Tratamiento (prednisona, mg)			

Tabla 1. Comunicación 885.

NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA

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

Inés de Mir Messa¹, Mar Esteban Lombarte², Eva Maroto López², Teresa Garriga Baraut¹, Gemma García del Cerro³, Laura Valdesoiro Navarrete⁴, Araceli Caballero Rabasco⁵, Dario Guarda Castañares¹, Shane Fitch² y Raquel Sebío García⁶

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

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

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

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

Tabla 2. Resultados comparados entre ambos en los dos grupos de tratamiento.

	INTERVENCIÓN	CONTROL
FEV1 a 6 meses (l/s)	2,4 (1,1) ($p=0,12$)	2,1 (0,8) ($p=0,12$)
Δ FEV1 (l/s)	$+0,3 (0,4)^*$	$-0,2 (0,7)^*$
PEF a 6 meses (l/s)	91,3 (21) ($p=0,12$)	89,3 (11,7) ($p=0,12$)
Δ PEF (l/s)	$+1,1 (6,4)^*$	$-0,2 (0,6)^*$
ACT a 6 meses	23,8 (3) ($p=0,01$)	23,3 (3,2) ($p=0,11$)
Δ ACT	$+7,2 (3,8)^*$	$+4,2 (3,8)^*$

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

Tabla 2. Comunicación 885.

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

ONCOLOGÍA TORÁCICA

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

Alejandro Golfe Bonmatí¹, Marina Alcaraz Barcelona¹, Virginia Claudia Aldamoli Vidal², Alicia García Calabuig³, María de los Ángeles Olivares Mendoza¹, Jose Gonzalo Chiriboga Sánchez¹, Jesús Jiménez López⁴, Concepción Patricia López Miguel⁴, Rubén Darío García Ángel² y Ana Núñez Ares⁴

¹Complejo Hospitalario Universitario de Albacete: Servicio de Neumología, Albacete, España. ²Complejo Hospitalario Universitario de Albacete: Servicio de Anatomía Patológica, Albacete, España. ³Complejo Hospitalario Universitario de Albacete: Servicio de Oncología Médica, Albacete, España. ⁴Complejo Hospitalario Universitario de Albacete: Servicio de Neumología. Unidad de Bronscopías y Neumología Intervencionista, Albacete, España.