


XXXI CONGRESO
INTERNACIONAL



XXXI CONGRESO INTERNACIONAL **SCAI 2025**

SOCIEDAD CHILENA DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA

A watercolor illustration of a city with a large mountain in the background. The city features several buildings with red roofs and a prominent church with a tall tower. The mountain is depicted with blue and white washes, suggesting snow or a high-altitude environment. The overall style is soft and artistic.

Asma, Rinosinusitis crónica y biológicos: Experiencia en regiones

• Dr. Miguel Aguayo Castillo

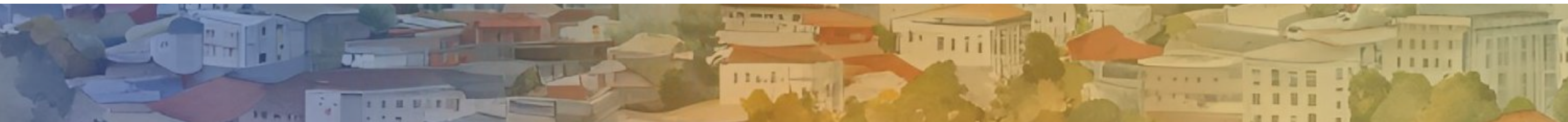
Enfermedades respiratorias del adulto

Hospital Guillermo Grant Benavente-Universidad de Concepción

3 de octubre de 2025

Temario

- Evolución de inicio de biológicos
- Equipo multidisciplinario
- Preparando al paciente: canasta de inhaladores y exámenes complementarios
- Creación policlínico asma grave y criterios de derivación
- Pacientes actuales
- Desafíos y conclusiones



Evolución del inicio de biológicos

- Inicios de uso de Mepolizumab y Omalizumab en forma aislada previo a 2019.
- Post pandemia sólo 1 paciente asistió a tratamiento.
- En 2021 se retoman atenciones y se realiza búsqueda activa de casos, se decide realizar 1 policlínico de asma grave en adultos unificado.
- Se solicitan a unidad de GRD pacientes hospitalizados por asma durante año previo, al menos 30% de pacientes no habían sido derivados a especialidad.
- Ingresan a canasta:
 - Mepolizumab
 - -Benralizumab
 - Dupilumab

Medicamento	Presentación	Fecha aprobación	Médico Solicitante	Servicio Clínico	Incorporación/Ampliación	Se aprueba para	Protocolo	Nº pacientes
Dupilumab	300 mg	11/04/2024	Dr. Miguel Aguayo	Medicina	Ampliación	Asma grave remodelada, asma grave asociada a dermatitis atópica, traslado desde pediatría de pacientes con Dupilumab al cumplir 15 años	Sí	5
Dupilumab	300 mg	26/03/2024	Dr. Llancapi	Dermatología	Ampliación	Dermatitis atopica severa	Sí	6
Dupilumab	Jeringa precargada de 300 mg/2mL y de 200mg/1,14mL	26/09/2023	Dr. Piñones	Inmunologo infantil	Incorporación	Asma bronquial fenotipo T2 alto, severa, no controlada con step 4 o 5 de tratamiento.o Desde los 6 años, determinado por broncopulmonar e inmunólogo pediatra, en reunión de equipo. • Dermatitis atópica severa con indicación de inmunosupresión sistémica	Sí	5 (200mg) y 15 (300mg)
Mepolizumab	100 mg	01/05/2023	Dr. Aguayo	Broncopulmonar CAA	Sustitución Omalizumab	Asma grave con GES activo. Con nivel de eosinófilos sobre 150		10
Benralizumab	30mg/1ml	01/05/2023	Dr. Aguayo	Broncopulmonar CAA	Sustitución Omalizumab	Asma grave con GES activo. Con nivel de eosinófilos sobre 300		5
OMALIZUMAB	150 mg	28/12/2021	Dr. Gonzalo Espinoza/Piñones	Inmunologo adulto/Pediatría	Incorporación	Asma Severa, Urticaria crónica espontánea	Sí	5 niños y 15 adultos

Financiamiento: HGGB

ESPECIALIDAD BRONCOPULMONAR

Datos administrativos

Estado	N.Historia	Egreso N°	Edad	Sexo	Fecha Ingreso	Fecha Egreso	Condición de Egreso	Servicio Egreso	Tipo de Actividad	Paciente
Sin codificar	1234567	123456	43	Mujer	25/11/2023 08:00	25/11/2023 15:00	Domicilio	Medicina	Hospitalización	

Diagnósticos CIE-10-OMS (2013)				Procedimientos CIE-9-MC 32.0 (2014)			
Código	Descripción	POA		Código	Descripción	Lateralidad	Exter
1 Z51.8	Otras atenciones médicas especificadas	Exento		1 00.18	TERAPIA INFUSION ANTICUERPO INMUNOSUPRESORE TRANSPLANTE ORGANO SOLIDO		
2 J45.9	Asma, no especificada	Sí					
3 Z92.4	Historia personal de cirugía mayor, no clasificada en otra parte	Exento					
4 Z92.2	Historia personal de uso (presente) de otros medicamentos por largo tiempo	Exento					

CODIGO... + Introduzca búsqueda...

Calidad ACTUALIZAR Automático

✓ CMBD validado

GRD ALTA GRD INGRESO CALCULAR GRD COMBINACIONES

Familia IR Versión 3.0 Norma

Familia GRD	Versión GRD	GRD	CDM	Tipo GRD	Peso	Gravedad	Mortalidad	Estancia	Estancia esperada	Inlier/Outlier T
IR	3.0	224122 - MH OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD, MODERADA	22 - FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y EN EL CONTACTO CON LOS SERVICIOS SANITARIOS	4 - GRD-IR Médicos para Pacientes Hospitalizados	1,0857	Moderada	1 - Menor	0		

Financiamiento

- Problemas disponibilidad de camas mensuales
- Tiempo de estadía horas
- Cambio de estrategia:
- GRD de asmáticos en UCI versus cirugías de alta complejidad.

044182 - MH BRONQUIOLITIS Y ASMA W/CC	0,5144	7,0
044183 - MH BRONQUIOLITIS Y ASMA W/MCC	0,5821	1,0
044182 - MH BRONQUIOLITIS Y ASMA W/CC	0,5144	1,0
044181 - MH BRONQUIOLITIS Y ASMA	0,3452	4,0
044183 - MH BRONQUIOLITIS Y ASMA W/MCC	0,5821	3,0
044183 - MH BRONQUIOLITIS Y ASMA W/MCC	0,5821	2,0
044183 - MH BRONQUIOLITIS Y ASMA W/MCC	0,5821	5,0
044183 - MH BRONQUIOLITIS Y ASMA W/MCC	0,5821	2,0
041023 - PH VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA SIN TRAQUEOSTOMÍA W/MCC	5,8207	11,0

Tipo Actividad	2025	Selección	Egresos	Peso GRD Medio
Hospitalización	JUN	Cáncer Gástrico	6	2,1599
		Tumor cerebro (maligno o benigno)	5	2,3549
		Cirugía cardiaca (cualquier intervención)	47	5,0274
		Trasplante hepático	3	13,4670

Creación equipo multidisciplinario

- 2022-2024
 - Asignación de 1 EU con horas para asma
 - Acceso a nutrición
 - Acceso a Psicología
 - Evaluación por inmunología*
 - Acceso a horas de ORL y tratamiento
 - QF 22 horas de farmacia clínica*
- Creación comité enfermedades pulmonares no Neoplásicas con Res.
 - Participación de imagenología, al menos 6 broncopulmonares y 2 reumatólogos.

Preparando al paciente: canasta de inhaladores y exámenes complementarios

- Aplicación de guías GEMA/ALAT: 2 puntos principales
- 1. Fenotipo y Dg diferencial:
 - Hemograma con diferencial, Ig E Total, test Cutáneo, FENO, Ig E específicas, ANCA IFI y ELISA
 - Acceso a imagenología TAC de tórax y TAC de senos paranasales.
- 2. Acceso de tratamiento inhalador:
 - Asegurar canasta básica Fluticasona/salmeterol, Salbutamol, Ipratropio, Monterlukast 10 mg vo.
 - Incorporación de Budesonida/formoterol 160/4,5, Fluticasona/vilanterol 184/22, Tiotropio respimat.
 - Manejo Rinosinusitis crónica: Mometasona nasal, Fluticasona nasal, loratadina, desloratadina, en APS ceterizina.

Creación policlínico asma grave y criterios de derivación

- Derivación a broncopulmonar vía GES asma
- 8 broncopulmonares en sección
- Acuerdo estudio inicial por médico que recibe al paciente:
 - Verificar adherencia TAI, técnica inhalatoria, Tabaquismo.
 - Estudio de fenotipo y diagnóstico diferencial, detección comorbilidad
- Derivación interna polí asma grave:
 - Refuerzo de lo previo
 - Imagenología
 - Manejo de comorbilidad SAOS, Rinitis alérgica, Rinosinusitis crónica, pólipos nasales, obesidad.
 - Dosis acumulada de esteroides: búsqueda activa osteoporosis y complicaciones oculares.

Lista de Chequeo :

- Entrevista enfermera de asma
- Entrevista y revisión de arsenal domiciliario QF*
- Derivación a otorrinolaringología: Disfonía, Sospecha estenosis vía aérea superior, Rinosinusitis crónica.
- Derivación a inmunología: alergia a AINES, RAM a corticoides, otros.

Evaluación ORL

- Se deriva a ORL priorizado
- TAC de Senos paranasales

- Según hallazgos NFC

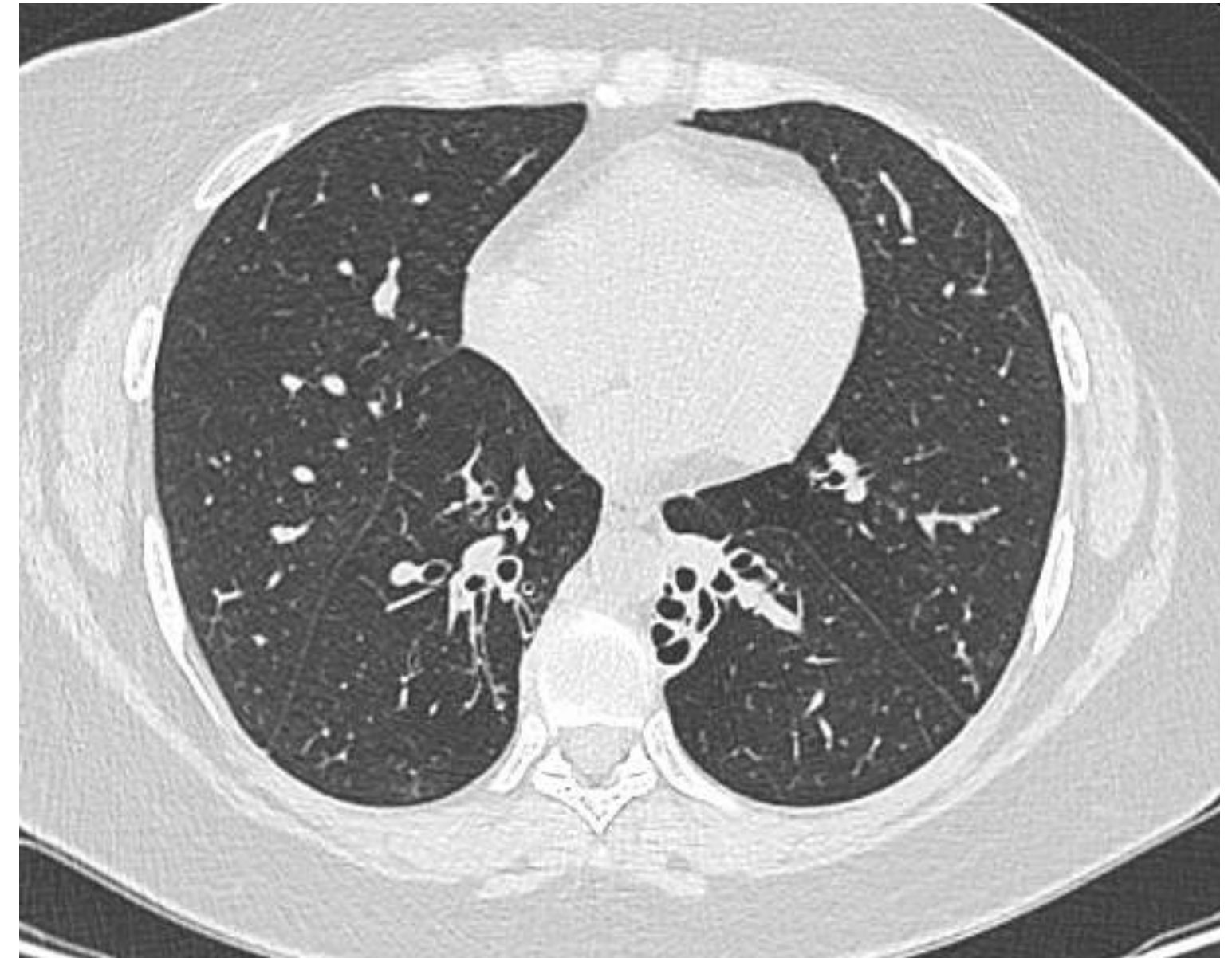
- Pólipos nasales 1 elección cirugía FESS
- Rinosinusitis crónicas: lavados nasales más Cl.

- Pendientes poder realizar SNOT22

RESULTADOS

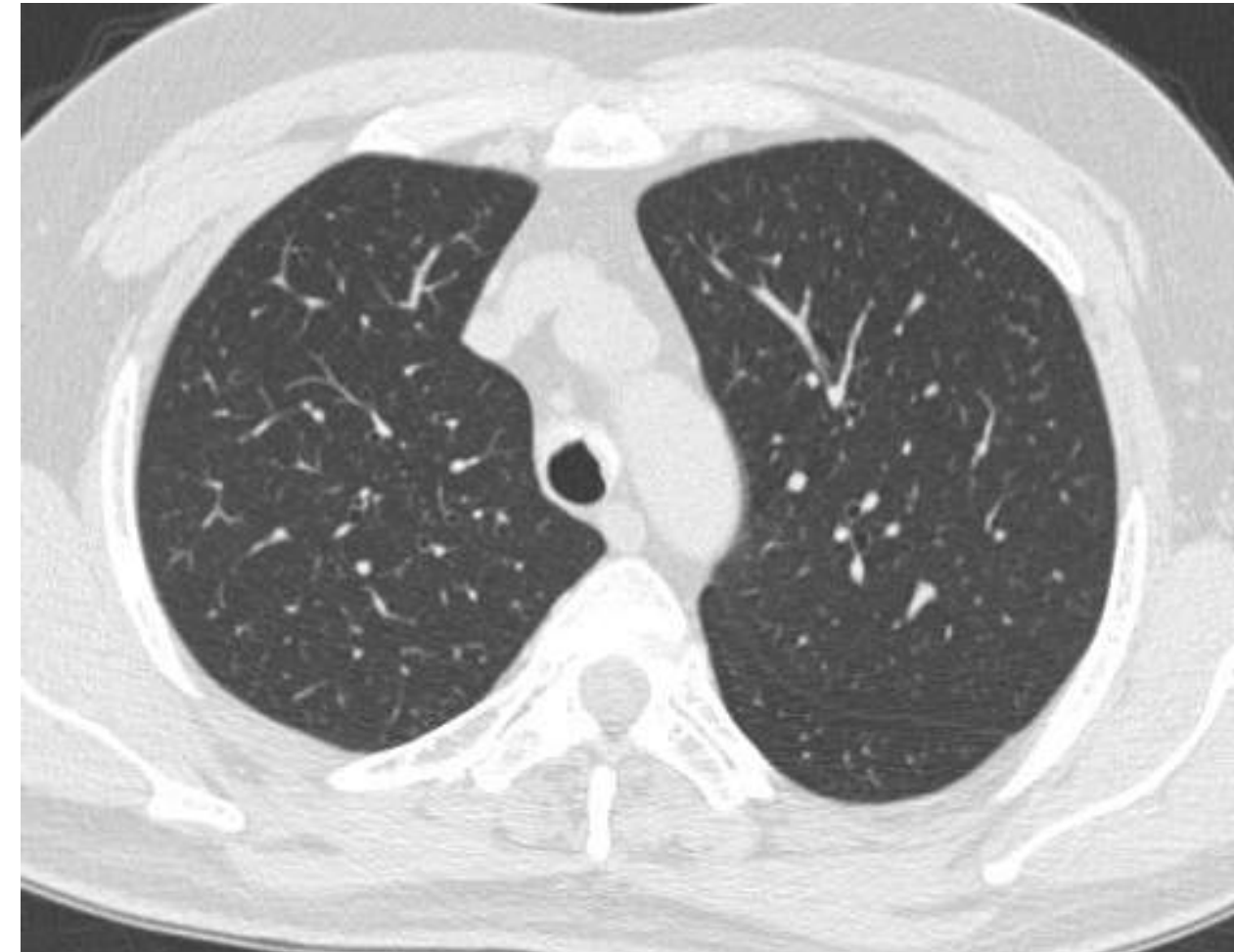
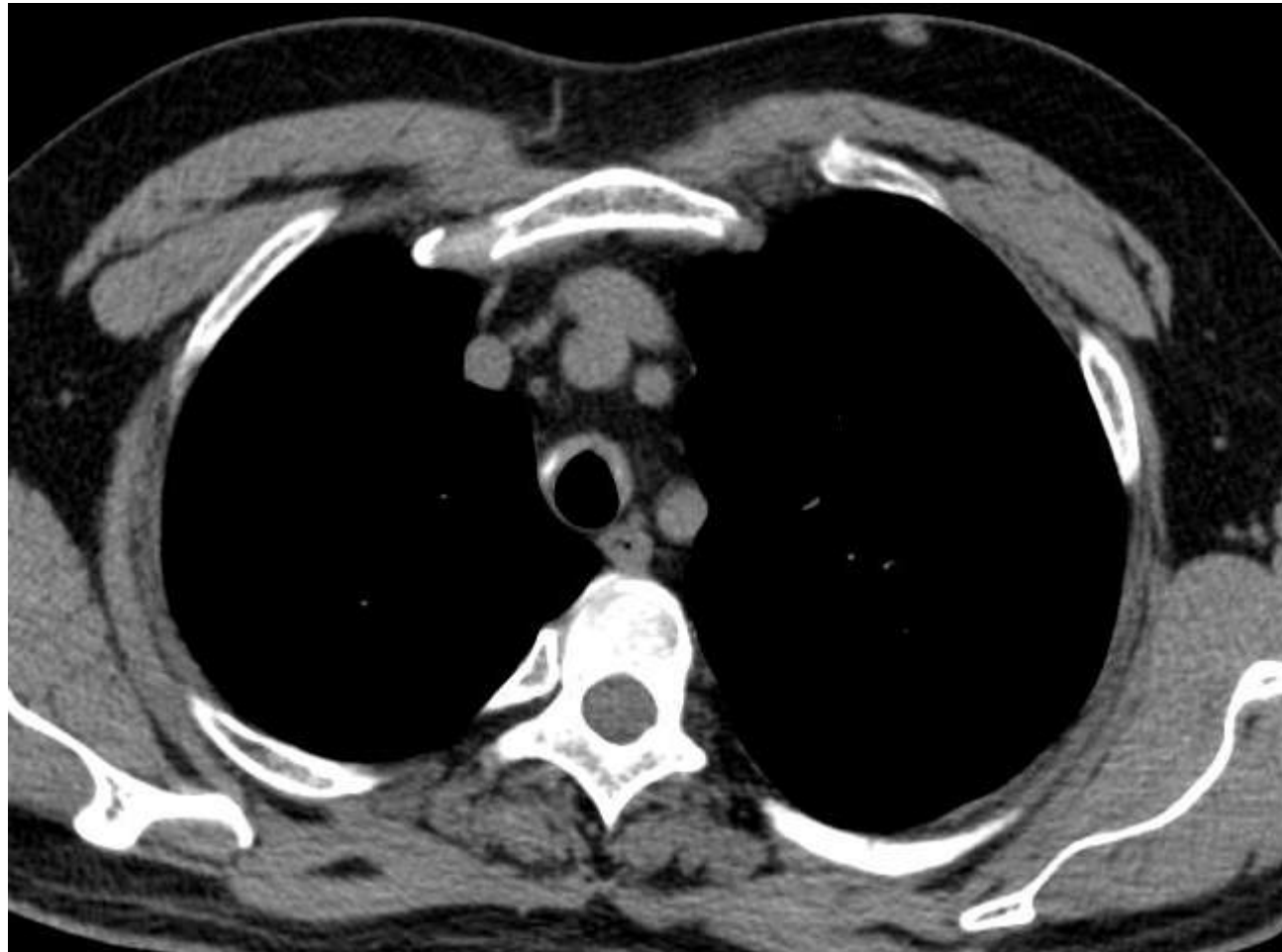
Casos de diagnóstico diferencial

- A.C.F, 37 años
- Asma y exacerbaciones frecuentes en infancia
- Espirometría: AVO leve que no modifica
- CSB SAMS. Test del Sudor (+).

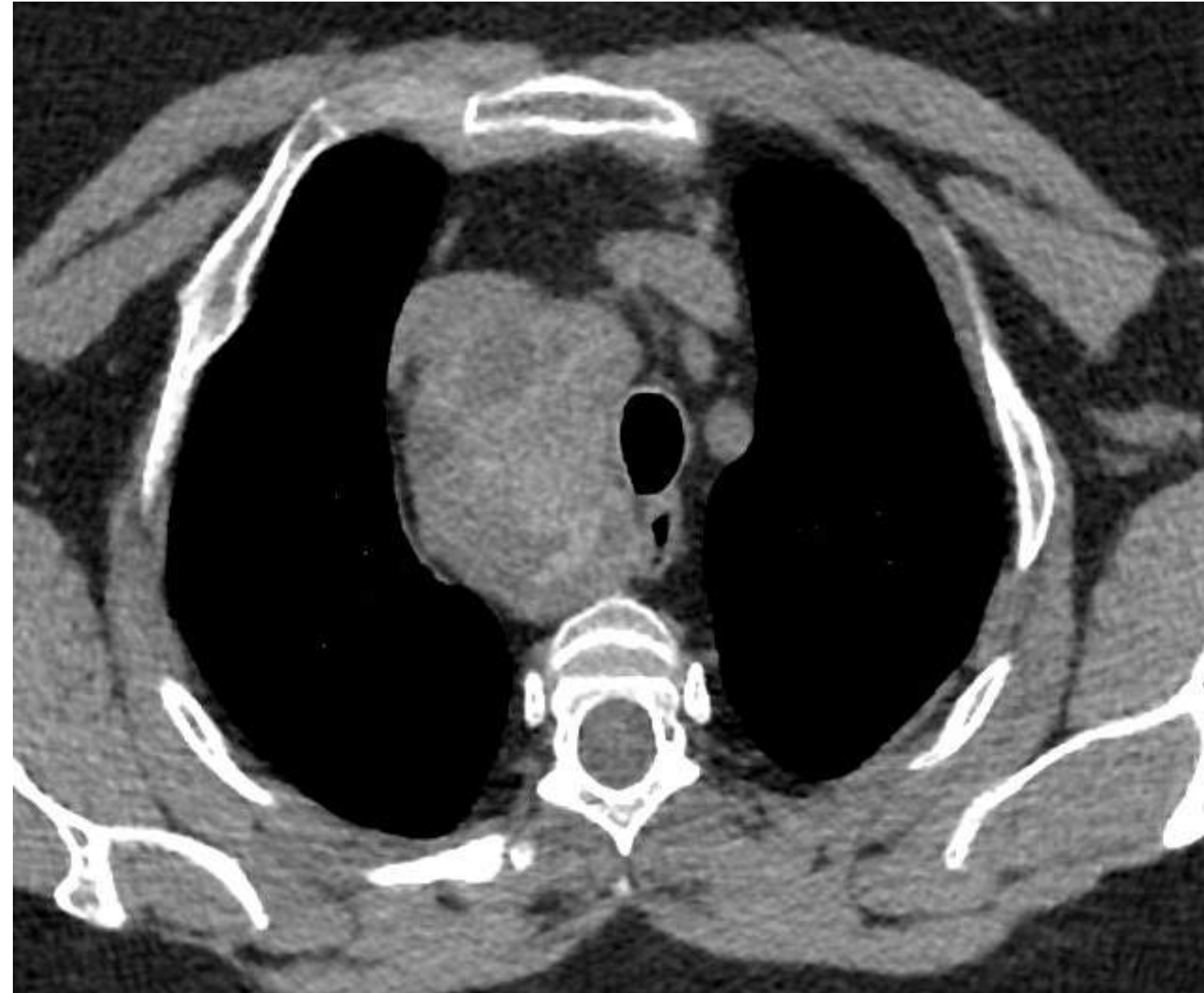


Casos de diagnóstico diferencial

- E.M.M.
- 52 años
- Asma, neumonía grave 2020, neumonía VRS en 2024
- Espirometría: AVO moderadamente grave, con triple terapia.



Diagnóstico diferencial



Casos de diagnóstico diferencial

- P.S.C
- 64 años
- Obesidad mórbida
- 5 ingresos por “crisis de asma”
- CSB *Pseudomonas aeruginosa*.
- GSA hipoventilación severa
- Se deja triple-terapia, ingresa a AVNIA.



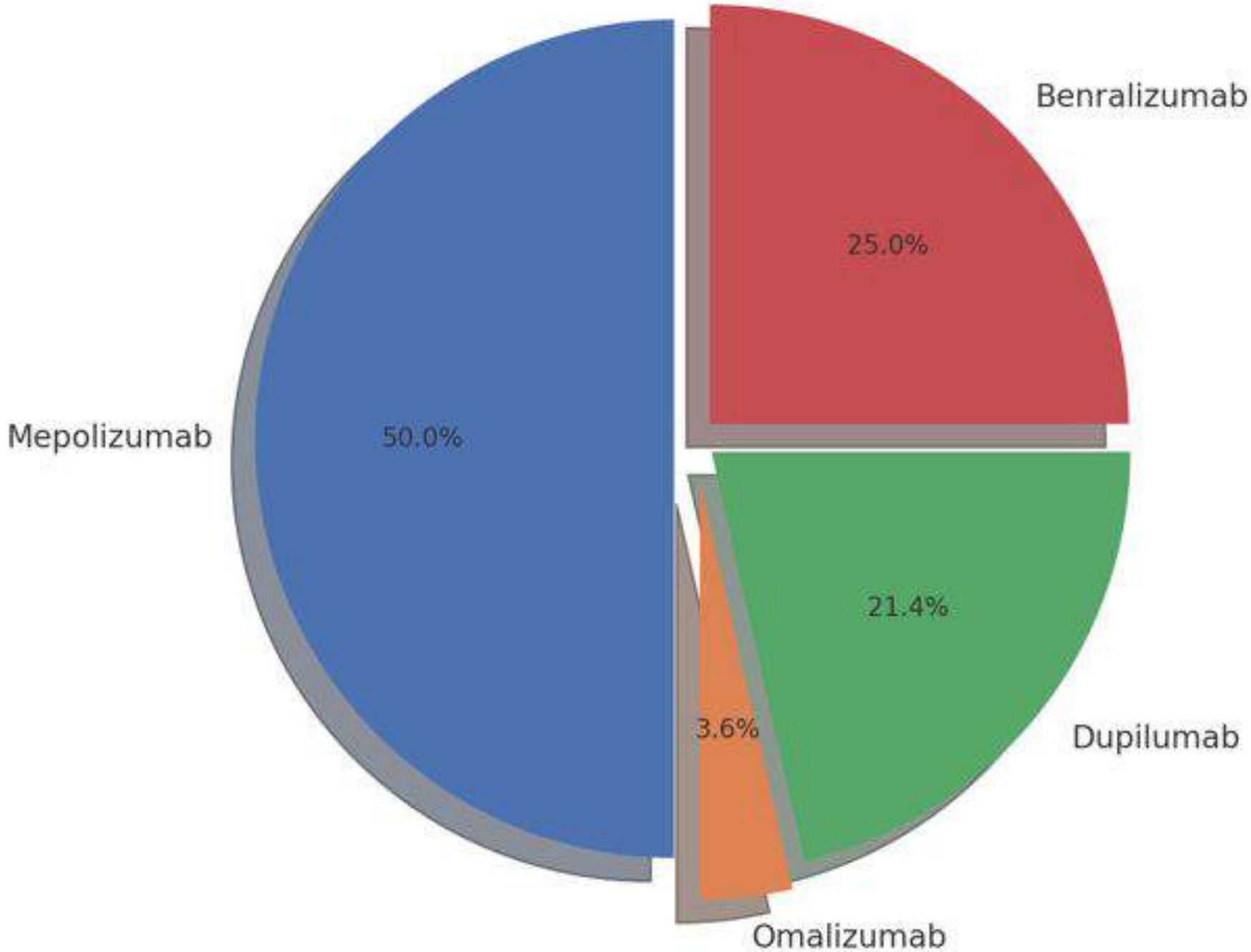
Pacientes en tratamiento: Respuesta a triple terapia

- H.V.A.
- 56 años
- Asma no controlada
- Se inicia proceso de confirmación asma grave
- Fenotipo T2 alto
- Se agrega LAMA (Flut/vilanterol 184/22 más Tiotropio)
- A los 6 meses ACT 21, sin exacerbación.
- Pendiente ORL



Pacientes en tratamiento

Distribución de pacientes según biológico utilizado (n=28)



Datos Demográficos y Clínicos Básicos

28 pacientes

Variable	Valor
Edad promedio (rango)	54.9 años (35-77)
IMC promedio	32.8
IMC > 30	57.1%
Mujeres	82.1%
Hombres	17.9%
Tabaquismo: No fumador	82.1%
Tabaquismo: Ex fumador	17.9%

Datos no publicados, serán presentados en Congreso SER, 2025.

Pacientes en tratamiento: Basal

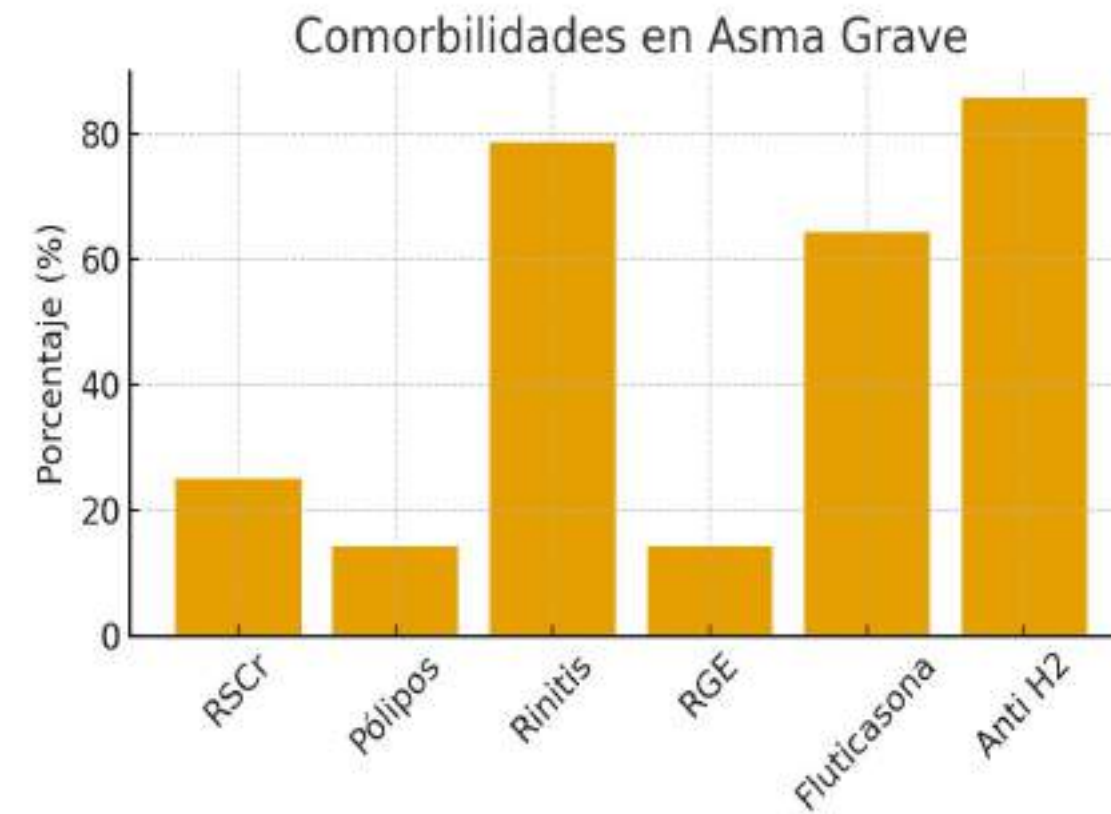
Variable	Resultado
Exacerbaciones (media/mediana)	5.3 / 5.0
≥2 Exacerbaciones/año (%)	89.3%
Uso de prednisona crónica (%)	75.0%
Dosis media de prednisona (mg)	12.6
ACT mediana / ACT <20 (%)	8 / 100.0%

Medida	Resultado
ACT mediana	8
Rango ACT (mín - máx)	5 - 16

Datos no publicados, serán presentados en Congreso SER, 2025.

Comorbilidades - Asma Grave

Comorbilidad	Porcentaje
RSCr	25.0%
Pólipos	14.3%
Rinitis	78.6%
RGE	14.3%
Fluticasona	64.3%
Anti H2	85.7%



Datos no publicados, serán presentados en Congreso SER, 2025.

Fenotipificación

Variable	Valor
Eosinófilos promedio (rango)	807.7 células/ μ L (180-3530)
Eosinófilos > 150	100.0%
IgE Total promedio (rango)	779.4 UI/mL (1.5-5052.0)
IgE Total > 30	89.3%

Datos no publicados, serán presentados en Congreso SER, 2025.

Escala medición de respuesta EXACTO

Herramienta e instrumentos de medición con las puntuaciones de cada variable y los rangos establecidos para valorar la respuesta al tratamiento con mAbs en la escala multidimensional EXACTO^a

	Exacerbaciones ^b		ACT		Corticoides sistémicos ^b		FEV ₁	
No respuesta	Igual o mayor	0	Igual o menor que el de inicio	0	Dosis igual o mayor	0	Igual o menor que el de inicio	0
Respuesta parcial	≥ 2 exacerbaciones	1	< 20 y mejora < 3 puntos	0	Disminución de dosis < 50% sin retirada de GCO	1	Aumento < 10% y 100 ml y FEV ₁ < 80% predicho o < 80% del mejor histórico	0
Respuesta buena	≤ 1 exacerbación	2	< 20 y mejora ≥ 3 puntos	1	Disminución de dosis ≥ 50% sin retirada de GCO	2	Aumento ≥ 10% y 100 ml y FEV ₁ < 80% predicho o < 100% mejor histórico	1
Respuesta completa/ superrespondedor	Sin exacerbaciones	3	≥ 20	2	Retirada de GCO o dosis ≤ 5 mg/día si insuficiencia adrenal	3	Aumento ≥ 10% y 100 ml y FEV ₁ ≥ 80% predicho o ≥ 100% mejor histórico	2

Clasificación de respuesta EXACTO

Respuesta mAbs	Puntuación sin GCO	Puntuación con GCO (corticoides continuos)
No	0-1	0-2
Parcial	2-4	3-6
Buena	5-6	7-9
Completa/superrespondedor	7	10

EXACTO: **EX**acerbaciones, **ACT**, **Co**rTicosteroides sistémicos y **Ob**strucción – FEV₁); ACT: *Asthma Control Test*; FEV₁: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; GCO: glucocorticoides sistémicos; mAbs: anticuerpos monoclonales (*monoclonal antibodies*).

^a Se hará una valoración de la respuesta al tratamiento con mAbs a las 16 semanas y a los 12 meses. Para el seguimiento del paciente, se recomienda aplicar la herramienta cada 6 meses a partir del primer año de tratamiento.

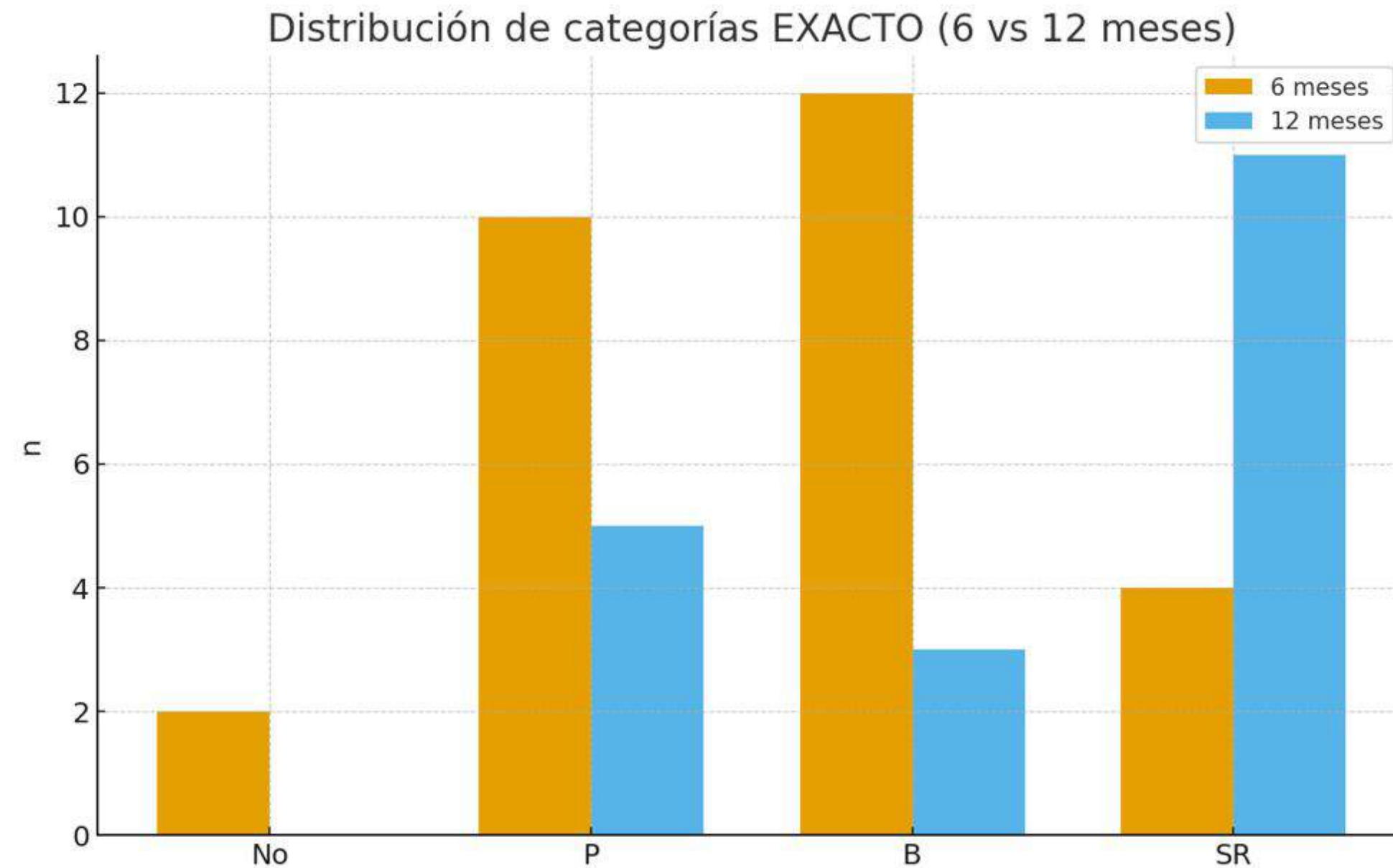
^b El número de exacerbaciones y la dosis de GCO se ajustará para el periodo evaluado, 16 semanas o 12 meses, comparándose con valores previos de dichas variables para un periodo previo de igual duración.

Fuente: Casas-Maldonado et al.⁴⁷.

Valorar respuesta:

- 4 meses: anti-IL5/IL5-R α y dupilumab
- 6 meses para omalizumab
- 12 meses para todos

Pacientes en tratamiento



A los **6 meses**, la distribución de categorías fue heterogénea, observándose pacientes clasificados como **No respuesta, Parcial, Buena y Superrespondedor**. A los **12 meses**, la proporción de pacientes en categorías de **Buena respuesta y Superrespondedor** aumentó de manera evidente, lo que refleja un beneficio progresivo del tratamiento biológico en la cohorte.

Conclusiones

- Tratamientos biológicos es una realidad en asma grave con comorbilidad con pólipos nasales o rinosinusitis crónica
- Se requiere manejo integral
- Se debe seguir check list y revisar constantemente comorbilidades
- Experiencia clínica actual inicial en Chile pero con incorporación a canastas en dic 2025 en un gran desafío en la conformación de equipos.

XXXI CONGRESO
INTERNACIONAL

