



DOCUMENTO DE POSICIÓN GLOBAL SOBRE POLÍTICAS SANITARIAS PARA LA RSCcPN (Rinosinusitis Crónica con Pólipos Nasales)

Co-desarrollado por



Con el apoyo de





ÍNDICE

00

Autores y avalistas

01

Resumen ejecutivo

02

¿Por qué necesitamos un documento de posición sobre la RSCcPN?

03

Retos a los que se enfrentan los pacientes con RSCcPN a nivel mundial y en Europa

04

Recomendaciones para una atención mejor y más coherente

05

Metodología

06

Aclaraciones

07

Bibliografía

Autores y avalistas

Este documento de posición se ha elaborado gracias a la colaboración de un grupo de 3 expertos en el campo de la alergia y las enfermedades de las vías respiratorias:



Xander Bertels

*Patient Advisory Board & Advocacy Manager,
European Forum for Research and Education in
Allergy and Airway Diseases (EUFOREA)*



Víctor Gascón Moreno

*Vice President of Awareness and Operations,
Global Allergy & Airways Patient Platform (GAAPP)*



Susanna Palkonen

*Director, European Federation of Allergy
and Airways Diseases Patients Associations (EFA)*



Los siguientes representantes de Grupos de Defensa de Pacientes revisaron y respaldaron el documento de posición, contribuyendo así a su papel en el avance de la atención de la rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RSCcPN): **Sanaz Eftekhari**, Fundación de Asma y Alergia de América - AAFA (EE. UU.); **Jeffrey Beach**, Asthma Canada (Canadá); **Chabha Djouder**, Anosmie.org (Francia); **Vanessa Limonge**, Asociación Española de Pacientes con Poliposis Nasal - AEPONA (España); **Nadia Magarò**, FederASMA e ALLERGIE (Italia); **Andrew Knill**, SinusUK (Reino Unido); **Mizuho Satoh**, Japan Allergy Tomono kai (Japón). Agradecimiento especial a las defensoras de pacientes individuales **Saskia Michels** (Alemania) y **Tomomi Sekine** (Japón), cuyas aportaciones fueron esenciales para el desarrollo de las recomendaciones incluidas en este Documento de Posición.



01/ Resumen ejecutivo

Comprender la carga real de la RSCcPN en los pacientes y la sociedad

La rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RSCcPN) es una enfermedad respiratoria crónica (ERC) que afecta a entre el 0,5 % y el 4 % de la población general.⁹ En Europa, la RSCcPN se debe principalmente a una respuesta inflamatoria/inmunitaria que también contribuye al desarrollo de otras enfermedades crónicas como el asma y la rinitis alérgica. Debido a que sus síntomas son similares a los del resfriado y a la escasa concienciación de la población, la RSCcPN suele diagnosticarse erróneamente, sin embargo, aunque afecta significativamente a quienes la padecen. La pérdida de olfato, una discapacidad que a menudo se ignora, puede provocar una mala alimentación, riesgos para la seguridad, deterioro cognitivo y dificultades emocionales y sociales. Los pacientes también suelen presentar una mala calidad del sueño, alteraciones en la salud mental, aislamiento social y una disminución en la productividad laboral. Estas dificultades se ven agravadas por un diagnóstico tardío, tratamientos subóptimos que conllevan un uso excesivo de corticosteroides sistémicos -con posibles efectos adversos a largo plazo- y un acceso desigual a terapias avanzadas como los tratamientos biológicos. Estos factores afectan gravemente a la calidad de vida de los pacientes y sobrecargan los sistemas sanitarios. Además, la coexistencia de la RSCcPN con otras enfermedades como el asma, la rinitis alérgica y la EPOC intensifica la carga de morbilidad, dificulta el tratamiento y eleva los costes sanitarios.

La necesidad urgente de una acción normativa

En previsión de la 4ª reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Enfermedades No Transmisibles (ENT) que se celebrará en 2025, existe una necesidad apremiante de avanzar en la respuesta mundial a las ERC para garantizar que se prevengan, reconozcan, prioricen y gestionen eficazmente en el contexto más amplio de las ENT. La RSCcPN representa una carga significativa, aunque poco reconocida, dentro del espectro de las ERC. Este documento de posición aboga por la inclusión y la priorización de la RSCcPN en las políticas sanitarias mundiales para mejorar el manejo de la enfermedad y los resultados para los pacientes.

Recomendaciones para una atención mejor y más coherente

Para hacer frente a los retos a los que se enfrentan los pacientes de la RSCcPN y aprovechar el impulso existente, EUFOREA, GAAPP, EFA y todas las partes interesadas que la respaldan desean hacer un llamamiento a los responsables políticos para que:

1. Se reconozca la RSCcPN, y la RSC en general, como una ERC tanto en la nueva declaración normativa sobre las ENT en la reunión de la ONU como en las estrategias nacionales de salud respiratoria.



2. Facilitar la implementación de la atención multidisciplinaria para las ERC mediante la creación de centros de excelencia para las enfermedades de las vías respiratorias globales y mejorar la concienciación de los profesionales de atención primaria sobre la RSCcPN a fin de garantizar un seguimiento y derivación óptimos de los pacientes.



3. Garantizar el acceso temprano a tratamientos que logren, al menos, el control y, preferiblemente, la remisión, mejorando los resultados sanitarios y permitiendo a los profesionales sanitarios (PS) y a los pacientes encontrar el enfoque quirúrgico y biológico más adecuado basado en las guías médicas más recientes y en la toma de decisiones compartida.



4. Financiar la recopilación de evidencia en vida real (RWE, por sus siglas en inglés) mediante el establecimiento de registros en vida real y la financiación de proyectos de investigación que permitan cubrir las lagunas existentes en los datos (por ejemplo, costes directos e indirectos) y mejorar la equidad en salud.





02/ ¿Por qué necesitamos un documento de deposición sobre la RSCcPN?

En otoño de 2025, los Jefes de Estado y de Gobierno se reunirán en la 4.ª reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) para evaluar los avances, comprometerse con una acción acelerada y adoptar una nueva declaración política sobre las ENT en línea con su visión para 2050.

Se trata de una oportunidad crucial para avanzar en la respuesta mundial a las enfermedades respiratorias crónicas (ERC), con el fin de garantizar su prevención, reconocimiento, priorización y manejo eficaz en el contexto más amplio de las ENT.

Aunque todavía no está reconocida políticamente como tal, la rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RSCcPN) es una ERC que afecta a entre el 0,5% y el 4% de la población general⁹, con síntomas graves que afectan sustancialmente a la calidad de vida. La RSCcPN suele coexistir con otras ERC, en particular asma y rinitis alérgica, así como EPOC en algunos casos. Esto agrava la carga de la enfermedad y complica su tratamiento, ya que la RSCcPN no tratada o mal tratada contribuye a la aparición o el empeoramiento del asma y la EPOC.

A pesar de su prevalencia e impacto, la RSCcPN sigue estando infradiagnosticada y no se trata

adecuadamente, lo que genera importantes costes sanitarios y afecta al bienestar de los pacientes y a su capacidad para contribuir a la sociedad. Reconociendo la urgencia de abordar estas cuestiones, la comunidad mundial de defensa de la RSCcPN considera la reunión de 2025 como una oportunidad crucial para abogar por una atención mejor y más coherente.

En previsión de la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas de 2025, este documento de posición estratégica es fundamental para garantizar que la RSCcPN esté adecuadamente representada y abordada en el contexto más amplio de las ERC. Al articular las necesidades y los retos específicos asociados a la RSCcPN, el documento busca informar las políticas de salud global, promover una acción acelerada y contribuir a una declaración política integral que impulse la prevención y el control de las ERC, incluida la RSCcPN, fomentando así mejores resultados sanitarios en todo el mundo.

03/ Retos a los que se enfrentan los pacientes con RSCcPN en todo el mundo y en Europa

¿Qué es la RSCcPN?

Trastorno inflamatorio crónico de los senos paranasales

La rinosinusitis crónica (RSC) es un **trastorno inflamatorio crónico de los senos paranasales** que puede desarrollarse con pólipos nasales (RSCcPN) o sin ellos (RSCsPN).^{1,2}



La nariz es la puerta de entrada a la respiración y la RSCcPN puede causar una amplia gama de síntomas respiratorios persistentes que empiezan en la nariz. Entre estos

se incluyen la **congestión nasal, el goteo, las dificultades respiratorias, la pérdida de olfato (anosmia) y la presión o el dolor facial**.^{3,4,5,6} El **promedio de edad de aparición de los primeros síntomas es de 32 años**, según un estudio de adultos con RSCcPN de moderada a grave en países europeos, mientras que **el pico de prevalencia se da entre los 50 y los 60 años**.^{7,8}

A pesar de que representan algo menos del 30 % de las personas diagnosticadas de RSC y de que afectan entre el 0,5 % y el 4 % de la población general, los síntomas de la RSCcPN tienden a ser más graves, con un mayor impacto en la calidad de vida.^{2,9,10,11}

Aunque sigue sin estar claro qué es exactamente lo que causa inicialmente la RSCcPN, se sabe que los factores ambientales (p. ej., agentes infecciosos, contaminación atmosférica, humo de tabaco) y la susceptibilidad individual (p. ej., genética) representan factores de riesgo.^{4,12,13} Además, se ha descubierto que uno de los principales factores que provocan la inflamación crónica es **una respuesta inmunitaria crónica también conocida como inflamación de tipo 2 (T2i)**.^{2,14,15}

La T2i también puede ser un factor impulsor de otras enfermedades inflamatorias crónicas como el asma, ciertos fenotipos de EPOC, la rinitis alérgica, la dermatitis atópica, la esofagitis eosinofílica, así como la enfermedad respiratoria exacerbada por fármacos antiinflamatorios no esteroideos.¹⁶

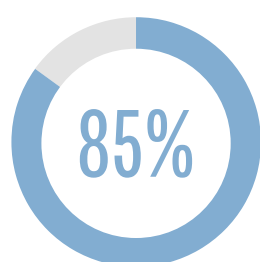
Un trastorno que a menudo se confunde con un resfriado, pero que tiene consecuencias devastadoras para quienes lo padecen

Debido a los síntomas comunes y al desconocimiento general de la enfermedad, la **RSCcPN suele confundirse con un resfriado común o una alergia**.^{7,17} Sin embargo, a diferencia de un resfriado, los síntomas de la RSCcPN pueden persistir y tener un gran impacto en la vida diaria del paciente¹⁸, y pueden ser **tan debilitantes como otras enfermedades crónicas graves como la diabetes**, la EPOC y la insuficiencia cardíaca congestiva.^{19,20}

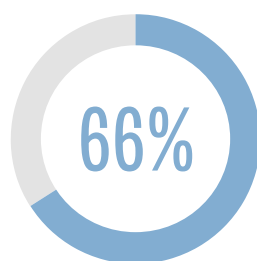
La pérdida continua del olfato y los efectos sobre el gusto y la congestión nasal son, desde la perspectiva de los pacientes italianos y españoles, los síntomas que más repercuten en la vida de los pacientes.^{21,22} Y, cuanto más grave es la enfermedad, más frecuentes e intensos son los síntomas.²

Trastorno que a menudo coexiste con otras enfermedades y las agrava

En Europa, el **66% de los pacientes con RSCcPN de moderada a grave declaran padecer entre 1 y 3 afecciones adicionales causadas por T2i**²⁴, como rinitis alérgica/alergias (hasta el 75%)^{4,25} y asma (30%-70%).^{1,26}



En Europa, aproximadamente el 85% de pacientes RSCcPN presentan T2i.¹⁴



El 66 % de los pacientes con RSCcPN en Europa informan de que conviven con entre 1 y 3 comorbilidades T2i.²⁴



EL ASMA EN PRIMER PLANO



En el caso de los pacientes con RSCcPN, el asma a menudo permanece sin diagnosticar²⁶ y los pacientes que viven con asma comórbida y RSCcPN también experimentan una mayor carga de enfermedad y dificultad para respirar, debido a una **mayor recurrencia de la enfermedad y a la dificultad para lograr el control de esta**.^{1,26,27}

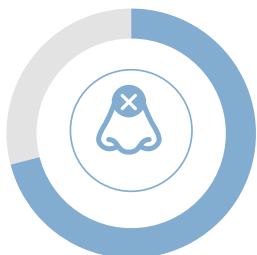
En Italia, los datos del registro de la Red Italiana de Asma Grave (SANI) muestran que los pacientes con asma grave que también padecen RSCcPN experimentan un número significativamente mayor de exacerbaciones al año y **utilizan corticosteroides orales durante periodos más prolongados**,²⁷ lo que conlleva **efectos graves para la salud**.²⁸

Los datos disponibles indican que la **RSC no tratada o mal tratada**, incluida la RSCcPN, puede **repercutir en otras ERC como el asma y la EPOC, empeorándolas** potencialmente, incluso mediante exacerbaciones más frecuentes y graves, o incluso **provocando su aparición**.^{29,30,31} De hecho, en un estudio se observó que la prevalencia de RSC en pacientes con EPOC era del 22,5%, de los cuales el 82% no estaban diagnosticados ni tratados para su RSC.²⁹

En Europa, los pacientes consideran que **no se presta la debida atención médica a las afecciones comórbidas**.¹⁸ Esto lleva a una desconexión entre la elevada prevalencia de comorbilidades y la atención que reciben los pacientes, lo que en última instancia pone de manifiesto una laguna crítica en el tratamiento de la RSCcPN.

¿Cómo afecta la RSCcPN a la calidad de vida del paciente?

Tiene un impacto significativo e infravalorado en la vida de los pacientes debido a la pérdida de olfato

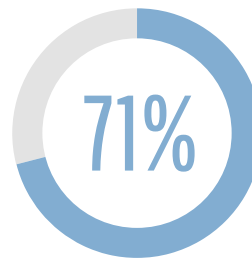


Entre el 67% y el 78% de los pacientes con RSCcPN experimentan pérdida del olfato.¹⁴

La anosmia, es decir, la pérdida del olfato **es una discapacidad invisible y poco reconocida**, ya que las personas no son conscientes de la importancia del olfato hasta que lo pierden.³²

A menudo asociada a una pérdida del gusto,³³ la anosmia afecta a la forma en que los pacientes pueden disfrutar de los alimentos y las bebidas,^{5,32,34,35} lo que puede conducir a una **nutrición deficiente, cambios de peso no deseados y otros riesgos para la salud relacionados con la dieta**.³⁴

La anosmia también **impide a los pacientes detectar peligros ambientales** como el humo o los alimentos en mal estado, lo que aumenta el riesgo.^{5,35} Además, la pérdida de olfato puede tener implicaciones cognitivas más amplias, y se asocia con el **deterioro cognitivo y la neurodegeneración**.³⁶



El 71% de los pacientes del Reino Unido identificaron la pérdida del olfato como el síntoma más debilitante de la RSCcPN.³⁵

Además, las investigaciones destacan que el impacto psicosocial es significativo.³⁵ Un estudio global de pacientes con trastornos del olfato o del gusto reveló que **más del 60% de los participantes declararon sufrir ansiedad y depresión**.³⁷



"Perdí el sentido del olfato a los 25 años. Lo más difícil fue no poder saborear bien la comida ni detectar si estaba en mal estado. Mi familia comía lo que yo cocinaba y, en ocasiones, se enfermaba. Tampoco sabía cuándo cambiarle el pañal a mi bebé, lo que me generaba mucha preocupación. No podía oler perfumes ni aromas, y me entristecía no poder disfrutar de mi fragancia favorita. Además, al no poder percibir mi propio olor corporal, a veces me preocupaba causar incomodidad a los demás. Una vez no detecté una fuga de gas; afortunadamente, mi marido lo notó a tiempo y no ocurrió un accidente grave. También sufro crisis asmáticas cuando estoy cerca de humo de tabaco u otros olores fuertes. Como no podía evitarlos, a veces sufría ataques de asma repentinos, e incluso llegué a desmayarme".

Tomomi Sekine,
paciente que vive con RSCcPN en Japón

Se ha descubierto que la pérdida del olfato asociada con la RSCcPN también **altera las relaciones, afecta al apoyo social y modifica los comportamientos sexuales**.³⁴ En el Reino Unido, el 39 % de los pacientes encuestados indicaron que la pérdida del olfato «a menudo o siempre» afectaba a sus relaciones, mientras que un tercio observaba un **impacto negativo en el trabajo**,³⁵ especialmente en aquellos que dependían del olfato para su seguridad o para desempeñar su trabajo (por ejemplo, los chefs).³⁴

Deterioro de la calidad del sueño y aumento de la somnolencia diurna

Síntomas como la obstrucción nasal, la rinorrea y el goteo posnasal^{18,38} se asocian a **una menor calidad del sueño, que empeora con la gravedad de la enfermedad**.⁵



Los pacientes con RSCcPN
ven afectado el sueño 72 días al año.¹

En Italia, **los pacientes con RSCcPN y sus cuidadores informan de una media de 72 y 52 días al año, respectivamente, con mal sueño nocturno**.²¹ La falta prolongada de sueño de calidad provocó **somnolencia diurna** en los pacientes y cuidadores (48 y 39 días al año, respectivamente), lo que condujo a una reducción de la productividad, lo que a su vez **interfiere en el trabajo y los estudios** e incluso lleva al **abandono de la vida social** en casos extremos.²¹

Perjudica la salud mental, el bienestar social y la capacidad de trabajo de los pacientes

El alcance de la RSCcPN va más allá de la salud física, ya que supone **una carga importante para la salud mental del paciente**,¹⁸ que experimenta una disminución de la concentración, frustración, tristeza, ansiedad y depresión.⁵

La mayoría de los pacientes (65%) piensa con frecuencia en el tratamiento de su RSCcPN, con 1 de cada 5 afirmando que piensa en ello a diario. Esto subraya la importancia de una atención integral que aborde tanto los aspectos físicos como mentales de la enfermedad.⁴⁰

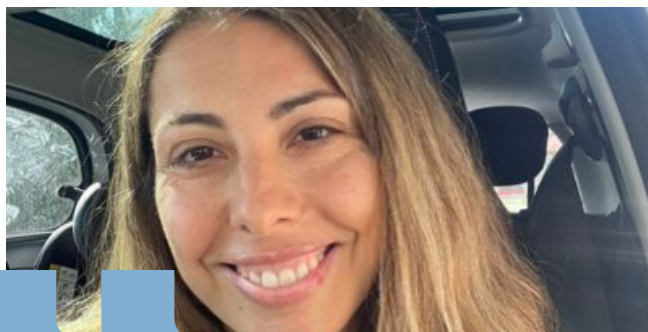
Estas dificultades psicológicas se ven agravadas por la somnolencia diurna, **que afecta al rendimiento general en el trabajo**.¹⁸ En Italia, la RSCcPN supone una media de **49,8 días al año de incapacidad laboral o escolar, repartidos a partes iguales entre el presentismo y el absentismo**.²¹ Además de la fatiga y la salud mental, el dolor físico y los largos periodos de recuperación tras la intervención quirúrgica son factores clave que contribuyen a esta carga.¹⁸

La RSCcPN también afecta al **bienestar social**, ya que la **conciencia de la enfermedad** reduce el disfrute en entornos sociales y provoca una pérdida de confianza en uno mismo.¹⁹

A menudo, los profesionales sanitarios subestiman estos aspectos, lo que demuestra aún más la atención subóptima que reciben los pacientes con RSCcPN en Europa.¹⁸



En el Reino Unido, la ansiedad y la depresión afectan al 50% y al 40% de los pacientes con RSCcPN, respectivamente.³⁹



"Llevo casi 30 años conviviendo con ella. Empezó cuando era muy joven, una edad en la que socializar es muy importante, y me afectó mucho.

Fue terrible. Dormía muy mal, me despertaba miles de veces y no podía concentrarme del todo. Mis compañeros no paraban de preguntarme por qué siempre estaba resfriada. Estaba tan cansada por la noche que no quería salir a cenar con nadie. Un vaso de vino me hinchaba mucho la nariz. Fueron años muy duros psicológicamente para mí, que también afectaron mucho a mi vida social. He derramado muchas lágrimas de desesperación.

La pérdida del sentido del olfato fue un trauma enorme para mí. Pasé muchos años perdiéndome fragmentos de mi vida: el olor de la primavera, el olor de mis bebés, nuevas fragancias, etc. Había planeado convertirme en perfumista, pero RSCcPN hizo añicos mi sueño.

Vanessa Limonge,
paciente que vive con RSCcPN en España

"La pérdida del sentido del olfato significa vivir con una discapacidad. Esto provoca que te marginen socialmente y, como resultado, también conlleva problemas psicológicos graves y depresión."

Paciente que vive con RSCcPN en Alemania

¿Cuáles son los principales retos a los que se enfrentan los pacientes a lo largo de su recorrido asistencial?

El retraso en el diagnóstico impide que los pacientes reciban tratamiento antes de que se produzca una pérdida significativa de la función nasal



Dependiendo del país en el que vivan, los pacientes con RSCcPN pueden tardar hasta 7 años en ser diagnosticados correctamente.^{7, 21}

En Europa, se tarda una media de 2,1 años desde los primeros síntomas hasta el diagnóstico.⁷ Esto significa que, **en el momento del diagnóstico**, los pacientes habrán experimentado ya **una pérdida significativa de la función nasal**, en particular una limitación del flujo nasal y del olfato.¹² En **Italia**, este **retraso se extiende hasta los 7,2 años**.²¹ En España, el 22% de los pacientes con enfermedades T2i, incluida la RSCcPN, esperan más de 5 años.¹⁶



“Tardé 10 años en ser derivado a un alergólogo y en recibir el diagnóstico de RSCcPN. Por desgracia, para entonces ya era demasiado tarde, pues ya tenía daños graves en la nariz, concretamente en las paredes nasales y el maxilar. Esto se debió en parte a mi propia infravaloración de la enfermedad - “son sólo alergias”-, así como al tiempo que pasé intentando navegar por los sistemas sanitarios de varios países, que tienden a mantener a los pacientes en atención primaria más tiempo del adecuado.”

Víctor Gascón Moreno,
paciente que vive con RSCcPN en Austria

Algunas de las razones aducidas para el retraso en el diagnóstico o el infradiagnóstico son: retrasos en la búsqueda de atención médica por parte de los pacientes (con la consiguiente ineficacia del autocontrol);⁷ falta de conocimiento de la enfermedad por parte de los médicos de atención primaria (MAP);⁷ diagnóstico erróneo (con pacientes que reciben un tratamiento inadecuado);¹⁷ y la necesidad de derivación oportuna a médicos especializados en varias áreas diferentes, especialmente en presencia de comorbilidades (por ejemplo, alergia/inmunología, neumología, otorrinolaringología, medicina interna)¹⁷. En toda **Europa**, más de **un tercio de los pacientes experimentan un diagnóstico inicial incorrecto**.⁷

Las terapias convencionales no ayudan a todos los pacientes y pueden incluso perjudicar su salud y calidad de vida

La naturaleza inflamatoria heterogénea de la RSCcPN significa que los pacientes mostrarán diferentes respuestas al tratamiento, siendo la RSCcPN inducida por T2i la que a menudo muestra una mayor resistencia a los tratamientos convencionales.²⁵ Se estima que **un tercio de todos los pacientes con RSCcPN tienen dificultades para lograr el control de sus síntomas** persistentes o recurrentes, a pesar del tratamiento a largo plazo con corticosteroides intranasales y de haber recibido al menos 1 ciclo de corticosteroides orales (CO) en el tratamiento de la RSCcPN durante los 2 años anteriores y/o cirugía de senos paranasales previa.^{41, 42}



1 de cada 3 pacientes con RSCcPN viven con la enfermedad no controlada⁴²

Las guías europeas recomiendan los **CO** para el tratamiento de las exacerbaciones de la enfermedad y los síntomas recurrentes.⁴³ Sin embargo, a menudo sólo **proporcionan un alivio a corto plazo**.⁴³ **El uso repetido y a largo plazo de CO puede provocar efectos graves para la salud** (por ejemplo, osteoporosis, diabetes, hipertensión, ansiedad, cambios de humor, aumento de peso), especialmente en los adultos mayores^{18, 44, 45}, lo que los convierte, según las guías, en inadecuados para el tratamiento de mantenimiento.⁴⁴ A pesar de estos riesgos, muchos **profesionales sanitarios siguen recetándolos en exceso**.

En Italia, por ejemplo, el **20% de los médicos prescriben CO por cada exacerbación de la enfermedad**.⁴⁶

Se calcula que alrededor del 46% de los pacientes con RSCcPN en Europa se han sometido a cirugía endoscópica de senos paranasales (CESP).²⁵ Lamentablemente, la **tasa de recurrencia de los pólipos nasales oscila entre el 20% y el 60% en un plazo de 1,5 a 4 años**,^{4,19} y llega hasta el **60%-90% en los pacientes con RSCcPN con T2i y comorbilidades** como el asma.¹⁵ Además, entre el **20% y el 37% de los pacientes pueden necesitar cirugías de revisión en un plazo de 5 a 12 años**,^{5,10} que son más complicadas debido a la cicatrización y a la alteración de la anatomía. Esto también puede conllevar un **mayor riesgo de complicaciones y periodos de recuperación más largos**,⁴⁴ lo que supone un coste adicional para la calidad de vida del paciente y los presupuestos sanitarios.

Como resultado, **los pacientes manifiestan su preocupación** por los beneficios inciertos en la recuperación del olfato, el alivio temporal de la cirugía, la necesidad de repetidas cirugías, los largos periodos de recuperación y las posibles complicaciones.¹⁸

Las terapias biológicas pueden reducir significativamente la carga de la enfermedad al reducir el tamaño de los pólipos, aliviar los síntomas y disminuir la necesidad de CO y cirugía.⁴⁷

Este impacto viene sugerido por la evidencia en vida real (RWE), como el registro nacional francés BIOPOSE, que informó de que tras 6 meses de tratamiento biológico, el 59% de los pacientes fueron clasificados como respondedores excelentes según los criterios EUFOREA-EPOS 2023.⁴⁸ En presencia de asma, también mejoran los síntomas de asma, las pruebas de función pulmonar y el control del asma.⁴⁷

En la actualidad, se han aprobado tres fármacos biológicos dirigidos contra T2i para el tratamiento de la RSCcPN.²⁵ Estos fármacos **ofrecen esperanza a los pacientes con RSCcPN grave no controlada cuya enfermedad no responde a los corticosteroides tópicos/sistémicos ni a la cirugía**.^{25,47}

A pesar de lo prometedor de los fármacos biológicos en el tratamiento de la RSCcPN, y debido en parte a la diferente asignación de los presupuestos sanitarios según las prioridades nacionales, el **acceso a ellos varía significativamente entre los países y dentro de ellos**.



En Francia^{49,50} y España^{51,52} se requieren 1 y 2 intervenciones quirúrgicas, respectivamente, antes de poder prescribir biológicos.



En el Reino Unido, los medicamentos biológicos aún no están disponibles para la RSCcPN debido al retraso en las negociaciones sobre los precios de estos medicamentos, que están indicados para múltiples enfermedades.⁵³



Italia restringe la prescripción a los centros sanitarios reconocidos, lo que crea disparidades en todo el país.⁵⁴

"Tardaron más de cinco años en hacerme un diagnóstico definitivo. Incluso después de someterme a un tratamiento con gotas nasales y medicación, no recuperé el sentido del olfato, por lo que me sometí a una cirugía endoscópica. Por desgracia, mi olfato seguía sin recuperarse. Justo cuando me había dado por vencida, mi otorrinolaringólogo me recomendó someterme a un tratamiento biológico".

Tomomi Sekine,
paciente que vive con RSCcPN en Japón

Los pacientes con RSCcPN grave no controlada podrían beneficiarse de los fármacos biológicos, pero muchos no pueden acceder a ellos

Por otra parte, según una encuesta internacional de pacientes, mientras que el **48% de los pacientes con RSCcPN preferían someterse primero a una intervención quirúrgica** y luego recibir un tratamiento biológico si era necesario, el **40% se inclinaba por someterse primero a un tratamiento biológico** para evitar por completo la intervención quirúrgica. Sin embargo, el **50% de los que se sometieron a cirugía afirman que no se les dio la opción de probar primero un fármaco biológico**.

Esta discrepancia pone de relieve cómo un aumento de la toma de decisiones compartida podría beneficiar a los pacientes, en lo que se refiere a estar informados sobre todas las opciones para el tratamiento de su RSCcPN.⁴⁰

Por lo tanto, aún queda trabajo por hacer. En primer lugar, para **garantizar que todos los pacientes elegibles tengan acceso al tratamiento adecuado** y, en segundo lugar, para que la **toma de decisiones compartida abarque todas las opciones disponibles** para el tratamiento de la RSCcPN.

¿Cuáles son los costes asociados a la RSCcPN?

La atención convencional supone un elevado coste para los sistemas sanitarios

En todos los países europeos, se ha informado que la RSCcPN conlleva elevados costes para los sistemas sanitarios, debido a la multitud de visitas a especialistas, cirugías repetidas y hospitalizaciones relacionadas que deben soportar los pacientes, además de los múltiples ciclos de CO.^{20,56,57} Estos costes aumentan aún más en pacientes con RSCcPN grave no controlada.⁴¹



En los Países Bajos, se calcula que la carga económica de la RSCcPN para el sistema sanitario es de 1.501,20 euros por paciente y año.^{55,56}

La situación en Cataluña (España) refleja el elevado coste de la atención a la RSCcPN en toda Europa, con unos costes medios anuales por cada paciente con RSCcPN que alcanzan los 1.611,5 euros, al igual que la situación en Inglaterra (Reino Unido), donde los **costes relacionados con la cirugía alcanzaron las 2.173 libras por paciente y año.**⁵⁶

Lamentablemente, los datos sobre los gastos directos de los pacientes en Europa son muy limitados y deben mejorarse. En **Italia**, el 68,5% de los pacientes con RSCcPN informan unos gastos anuales de hasta 480 euros, que alcanzan los **960 euros para 1 de cada 4 pacientes.**²¹

Conseguir que los pacientes reciban antes el tratamiento adecuado es esencial para reducir su utilización de los servicios sanitarios y disminuir los costes directos e indirectos asociados.^{10,41}

Las comorbilidades aumentan aún más el coste para los sistemas sanitarios

Se ha demostrado que la coexistencia de la RSCcPN y otras afecciones puede aumentar significativamente los costes de los sistemas sanitarios. Si se tiene en cuenta el asma comórbida y la RSCcPN, los **costes directos anuales medios aumentan en 1.909 euros en presencia de RSCcPN.**²⁷



Los costes aumentan en 1.909 euros en los pacientes asmáticos con RSCcPN.²⁷

En **Cataluña (España)**, los **costes sanitarios directos asociados a formas graves de ambas enfermedades (4.441,3 euros) duplican** a los que padecen ambas afecciones en formas más leves (2.196,8 euros).⁵⁶

En **Finlandia**, el **coste medio por paciente con RSCcPN y asma grave no controlada alcanza los 12.673 euros.**⁵⁷ Estos costes se derivan principalmente del uso excesivo de CO y del coste relacionado con sus graves efectos sobre la salud (por ejemplo, osteoporosis, diabetes, hipertensión, ansiedad), y un análisis del registro SANI en Italia reveló que los pacientes con asma comórbida y RSCcPN los utilizan durante periodos más largos que los que sólo tienen asma, con el consiguiente aumento de los costes anuales relacionados con la asistencia sanitaria.²⁷

Los costes indirectos siguen estando poco estudiados

La investigación muestra que hay muy pocos datos que evalúen el coste del absentismo y el presentismo debidos a la RSCcPN. En los **Países Bajos**, sin embargo, se calcula que el **impacto financiero de la RSCcPN sobre los empleadores alcanza los 5.659,28 euros por paciente y año**, debido a las pérdidas de productividad en el 35% de los pacientes y a una media de 10,55 días de ausencias por paciente y año. Además, **los costes indirectos representan el 79% de los costes anuales totales (1.900 millones de euros/año en los Países Bajos)**, lo que supone una carga considerable para la sociedad.⁵⁵



En los Países Bajos⁵⁵, los costes indirectos totales ascienden a un mínimo de 5.659,28 euros por paciente y año, de los cuales 1.447,28 euros se deben al presentismo.

04/ Recomendaciones para una atención mejor y más consistente

A raíz de los diversos retos descritos en el capítulo anterior, EUFOREA, el GAAPP, la EPT y todas las partes interesadas que apoyan esta iniciativa desean hacer un llamamiento a los responsables de políticas sanitarias para que:

1. Reconocer la RSCcPN, y la RSC en general, como una ERC, mediante:



- » Garantizar que la nueva declaración política sobre ENT que se adoptará en la 4ª reunión de alto nivel de la AGNU sobre ENT dé prioridad a la prevención y el control de las ERC, incluida la RSCcPN, junto con el asma y la EPOC.
- » Garantizar que la resolución sobre la salud pulmonar integrada, que se adoptará en la Asamblea Mundial de la Salud de 2026, priorice la RSCcPN como una ERC junto con las enfermedades de las vías respiratorias bajas.
- » Desarrollar o revisar las estrategias de salud respiratoria existentes para garantizar que dan prioridad a la RSCcPN, una enfermedad que a menudo es comórbida con el asma y ocasionalmente con la EPOC, para abordar holísticamente la carga de las enfermedades de las vías respiratorias (vías respiratorias altas y bajas).

2. Permitir la implantación de la atención multidisciplinar a las ERC, mediante:



- » **Invertir en los proveedores de atención primaria y en la formación de los farmacéuticos** para garantizar que disponen de los conocimientos, las herramientas y los incentivos adecuados para:
 - reconocer los síntomas de la RSCcPN y remitir a los pacientes a la atención especializada para su diagnóstico y tratamiento oportunos;
 - poder ofrecer un seguimiento periódico de los pacientes con RSCcPN y derivarlos a una atención más especializada cuando sea necesario (por ejemplo, en caso de progresión de la enfermedad o necesidad de intensificar el tratamiento)
- » **Incentivar la creación de centros de excelencia para el tratamiento de enfermedades globales de las vías respiratorias** (vías respiratorias altas y bajas), de modo que la RSCcPN y las comorbilidades asociadas, así como su impacto multidimensional en los pacientes, puedan tratarse de forma holística desde el diagnóstico. Desde el punto de vista de la RSCcPN, estos centros deberían permitir la colaboración entre neumólogos, otorrinolaringólogos, alergólogos, inmunólogos y psicólogos.
- » **Aprender de las mejores prácticas en otras áreas terapéuticas**, desde centros de atención terciaria para la fibrosis quística hasta oncología, con el fin de implementar los mejores modelos de atención integrada que garanticen un enfoque unificado de las vías respiratorias y tengan en cuenta la salud mental y el bienestar.

3. Garantizar el acceso oportuno a tratamientos que logren al menos el control, y preferiblemente la remisión, mejorando los resultados sanitarios, mediante:



» **Permitir que los profesionales sanitarios y los pacientes encuentren el enfoque más adecuado en cuanto a la cirugía y el uso de biológicos** para cada caso, en función de:

- las últimas guías y normas EPOS (European Position Paper on Rhinitis) y EUFOREA, lo que permitirá una cirugía de calidad, así como una escalada oportuna del tratamiento hacia los fármacos biológicos para los pacientes con enfermedad grave no controlada y/o la presencia de comorbilidades T2i;
- los recientes avances en las herramientas de cribado y evaluación, como el nuevo Sinonasal Radiological combinado con la escala de Lund-Mackay, que mejoran la predicción del riesgo de recaída y de cirugía de revisión⁵⁸, así como las definiciones consensuadas de control y remisión, por ejemplo, las propuestas por EUFOREA; y, por último;
- toma de decisiones compartida, de modo que las decisiones tengan en cuenta las preocupaciones, preferencias y necesidades de los pacientes, así como los resultados comunicados por los pacientes.

4. Financiar la recogida de RWE y la investigación, mediante:



» **Establecer registros de práctica clínica real** para la recopilación de evidencia en vida real (RWE), que respalde una atención mejor y más homogénea, incluida la selección de tratamientos y la atención personalizada, así como una mejor comprensión del ahorro en costes asociado a los distintos tratamientos tanto para los sistemas de salud como para los gastos directos de los pacientes.

» **Financiar proyectos de investigación** para mitigar las actuales lagunas de datos, incluidos, entre otros, los costes directos e indirectos de la RSCcPN, con el fin de apoyar la toma de decisiones sanitarias y mejorar la equidad sanitaria.



05/ Metodología

Al inicio del proyecto, Weber Shandwick llevó a cabo una investigación en forma de revisión bibliográfica rápida centrada en el panorama mundial, Europa y cinco países europeos: Francia, Alemania, Italia, España y Reino Unido. La revisión incluyó artículos científicos y académicos de libre acceso publicados entre enero de 2020 y febrero de 2025, accesible a través de dos plataformas: PubMed y EMBASE.

Se complementó con una investigación documental sobre los datos generados o la información pertinente publicada por organizaciones relevantes (por ejemplo, asociaciones de pacientes o de defensa de los derechos del paciente) durante el mismo periodo. El objetivo de esta investigación fue recopilar información sobre una serie de cuestiones clave en torno a cuatro pilares de investigación:

PILARES DE INVESTIGACIÓN				
ÁREAS DE INVESTIGACIÓN	Antecedentes de la enfermedad 1	Carga de la enfermedad 2	Necesidades no cubiertas 3	Barreras en el acceso a los medicamentos 4
	Subtipos / fenotipos / endotipos	Signos y síntomas	Retos en el diagnóstico	Barreras de acceso a los fármacos no biológicos
	Grados de gravedad	Comorbilidades	Retos en el tratamiento médico y la atención sanitaria	Barreras de acceso a los fármacos biológicos
	Causas y factores de riesgo	Bienestar mental, emocional y social	Retos del tratamiento (cirugía)	
	Incidencia y prevalencia	Capacidad para trabajar y mantenerse activo	Retos del tratamiento (fármacos no biológicos)	
	Pronóstico	Gastos sanitarios directos	Retos del tratamiento (fármacos biológicos)	
Gastos indirectos				

Una vez recopilados los datos, el documento de posición fue elaborado por Weber Shandwick en estrecha colaboración con los tres autores de este artículo (representantes de EUFOREA, GAAPP y EFA), que conforman el Comité Directivo, con el apoyo de Sanofi y Regeneron. Este proceso de colaboración incluyó un total de cuatro reuniones, además del trabajo fuera de línea y el tiempo de revisión.

El grupo más amplio de representantes de organizaciones de defensa de los pacientes y defensores individuales que finalmente respaldaron el documento y sus recomendaciones normativas — la Junta de Defensa (Advocacy Board)— también fue invitado a participar en una de estas reuniones. Este grupo revisó, validó y respaldó el documento. Tanto el Comité Directivo como la Junta de Defensa fueron convocados por Sanofi y Regeneron.

06/ Aclaraciones

Este documento de posición representa únicamente los puntos de vista y opiniones de sus autores, que son los únicos responsables de su contenido.

Este documento tiene como objetivo ofrecer una visión general comprensiva del panorama actual del manejo de la RSCcPN en Europa y a nivel mundial; sin embargo, es importante señalar que no constituye una revisión científica exhaustiva. En su lugar, la revisión rápida de la literatura, realizada por Weber Shandwick, proporciona perspectivas valiosas sobre diversos aspectos que afectan a una muestra representativa y diversa de pacientes con RSCcPN.

La información recopilada fue revisada por los autores del documento de posición, lo que garantizó que se incorporaran al documento final los datos más pertinentes y actualizados.

El documento de posición se elaboró con el apoyo sin restricciones de Sanofi y Regeneron, lo que refleja la necesidad de colaboración entre la comunidad que defiende los derechos de los pacientes con RSCcPN y la industria farmacéutica a la hora de abordar las lagunas en la vía de atención de los pacientes con RSCcPN.

07/ Bibliografía

1

Poto R, Pelaia C, Di Salvatore A, et al. Imaging of chronic rhinosinusitis with nasal polyps in the era of biological therapies. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*. 2024;24(4):243–250. <https://doi.org/10.1097/aci.0000000000000964>

2

Alshatti A, Webb C. Biologics versus functional endoscopic sinus surgery for the treatment of chronic rhinosinusitis with nasal polyps: a literature review. *The Journal of Laryngology & Otology*. 2023;138(4):361–366. <https://doi.org/10.1017/s0022215123002177>

3

Alobid I, Armengot-Carceller M, Urraca MP, Maza-Solano J, Guijarro IG, Jiménez SU, Fraile PSM, Mullol J. When the Nose Meets the Lab: Histopathological Analysis in Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyps for Routine Clinical Practice. *Current Allergy and Asthma Reports*. 2024;24(12):657–665. <https://doi.org/10.1007/s11882-024-01180-8>

4

Bachert C, Hicks A, Gane S, et al. The interleukin-4/interleukin-13 pathway in type 2 inflammation in chronic rhinosinusitis with nasal polyps. *Frontiers in Immunology*. 2024;15. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2024.1356298>

5

Mullol J, Azar A, Buchheit KM, et al. Chronic rhinosinusitis with nasal polyps: Quality of life in the Biologics era. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology in Practice*. 2022;10(6):1434–1453.e9. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2022.03.002>

6

Hall R, Trenner C, Chan R, et al. Understanding the patient experience of severe, recurrent, bilateral nasal polyps: a qualitative interview study in the United States and Germany. *Value in Health*. 2020;23(5):632–641. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2019.11.005>

7

Hwee J, Lee L, Small M, et al. The chronic rhinosinusitis with nasal polyp patient journey in the United States and Europe. *Allergy Asthma and Clinical Immunology*. 2024;20(1). <https://doi.org/10.1186/s13223-024-00879-7>

8

Habenbacher M, Moser U, Hadl O, et al. Monoclonal Antibody Switching in Biologic Treatment of Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyps. *Journal of Clinical Medicine*. 2024;13(22):6883. <https://doi.org/10.3390/jcm13226883>

9

Strahlen CR-V, Arancibia C, Calvo-Henriquez C, et al. Systematic Review of Long Term Sinonasal Outcomes in CRSwNP after Endoscopic Sinus Surgery: A call for Unified and Standardized Criteria and Terms. *Current Allergy and Asthma Reports*. 2024;24(8):443–456. <https://doi.org/10.1007/s11882-024-01154-w>

10

Penttilä E, Sillanpää S, Vento SI, et al. Eosinophilia, asthma, NERD and the use of oral corticosteroids predict uncontrolled chronic rhinosinusitis with nasal polyps after surgery. *Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology*. 2021 Sep 20. <https://doi.org/10.12932/ap-310321-1102>

11

Koski RR, Hill L, Taavola K. Efficacy and safety of biologics for chronic rhinosinusitis with nasal polyps. *Journal of Pharmacy Technology*. 2022;38(5):289–296. <https://doi.org/10.1177/87551225221105749>

12

Fokkens, W. J., et al. (2024). EPOS2020/EUFOREA expert opinion on defining disease states and therapeutic goals in CRSwNP. *Rhinology*, 62(3), 287–298. <https://doi.org/10.4193/Rhin23.415>

13

Talugula, S., Nyenhuis, S. M., Eldeirawi, K., & Lee, V. S. (2025). Proximity to traffic is associated with worse symptom severity in patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyps. *American journal of otolaryngology*, 46(1), 104580. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2024.104580>

14

Barroso B, Valverde-Monge M, Betancor D, et al. Improvement in smell using monoclonal antibodies among patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyps: a systematic review. *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology*. 2023;33(6):419–430. <https://doi.org/10.18176/jiaci.0939>

- 15 Gangl K, Liu DT, Bartosik T, et al. Real-Life Study of Patient Preference for Dupilumab or Revision Surgery for Recurrent Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyps. *Journal of Personalized Medicine*. 2024;14(4):338. <https://doi.org/10.3390/jpm14040338>
- 16 Gómez de la Fuente E, Alobid I, Ojanguren I, et al. Addressing the unmet needs in patients with type 2 inflammatory diseases: when quality of life can make a difference. *Front Allergy*. 2023; 9:4:1296894. <https://doi.org/10.3389/falgy.2023.1296894>
- 17 Pfaar O, Peters AT, Taillé C, et al. Chronic rhinosinusitis with nasal polyps: Key considerations in the multidisciplinary team approach. *Clinical and Translational Allergy*. 2025;15(1). <https://doi.org/10.1002/clt2.70010>
- 18 Claeys N, Teeling MT, Legrand P, et al. Patients unmet needs in chronic rhinosinusitis with nasal polyps care: A Patient Advisory Board Statement of EUFOREA. *Frontiers in Allergy*. 2021;2. <https://doi.org/10.3389/falgy.2021.761388>
- 19 Bachert C, Bhattacharyya N, Desrosiers M, et al. Burden of Disease in Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyps. *Journal of Asthma and Allergy*. 2021;Volume 14:127–134. <https://doi.org/10.2147/jaa.s290424>
- 20 Cavaliere C, Masieri S, Begvarfaj E, et al. Long-Term Perspectives on Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyps: Evaluating Recurrence Rates after Functional Endoscopic Sinus Surgery in the Biologics Era—A 5-Year Follow-Up Study. *Journal of Personalized Medicine*. 2024;14(3):297. <https://doi.org/10.3390/jpm14030297>
- 21 Malvezzi L, Secchia V, Moffa A, et al. The Impact and Burden of Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyps on Patients and Their Family Caregivers: A Nationally Representative Survey. *Healthcare*. 2025;13(4):430. <https://doi.org/10.3390/healthcare13040430>
- 22 Brunet A, Milara J, Frías S, et al. Molecular and Clinical Predictors of Quality of Life in Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyps. *Journal of Clinical Medicine*. 2023;12(4):1391. <https://doi.org/10.3390/jcm12041391>
- 23 Mullol J, Sastre J, Dominguez-Ortega J, et al. Prevalence of chronic rhinosinusitis without/with nasal polyps according to severity in Spain. *Rhinology Journal*. 2024;0(0):0. <https://doi.org/10.4193/rhin23.341>
- 24 Khan AH, Gouia I, Kamat S, et al. Prevalence and Severity Distribution of Type 2 Inflammation-Related Comorbidities Among Patients with Asthma, Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyps, and Atopic Dermatitis. *Lung*. 2023;201(1):57–63. <https://doi.org/10.1007/s00408-023-00603-z>
- 25 Toppila-Salmi S, Bjermer L, Cardell L-O, et al. Multi-Disciplinary expert perspective on the management of Type 2 Inflammation-Driven Severe CRSwNP: a brief overview of pathophysiology and recent clinical insights. *Journal of Asthma and Allergy*. 2024;Volume 17:431–439. <https://doi.org/10.2147/jaa.s447093>
- 26 Laidlaw TM, Mullol J, Woessner KM, et al. Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyps and Asthma. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology in Practice*. 2020;9(3):1133–1141. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.09.063>
- 27 Heffler E, Blasi F, Paggiaro P, et al. Costs of Oral Corticosteroid Use in Patients with Severe Asthma With/Without Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyps: Data from the Italian SANI Registry. *Advances in Therapy*. 2025;42(2):1196–1206. <https://doi.org/10.1007/s12325-024-03071-w>
- 28 Claeys N, Teeling MT, Legrand P, et al. Patients unmet needs in chronic rhinosinusitis with nasal polyps care: A Patient Advisory Board Statement of EUFOREA. *Frontiers in Allergy*. 2021;2. <https://doi.org/10.3389/falgy.2021.761388>
- 29 Arndal E, Lyngholm Sørensen A, Lapperre TS et al. Chronic rhinosinusitis in COPD: A prevalent but unrecognized comorbidity impacting health related quality of life. *Respir Med*. 2020 Sep;171:106092. doi: 10.1016/j.rmed.2020.106092
- 30 Andersson A, Bergqvist J, Schiöler L et al. Chronic Airflow Limitation, Lower Respiratory Symptoms, COPD and Chronic Rhinosinusitis in a Middle-Aged Population: The Swedish CARdioPulmonary bioImage Study (SCAPIS). A Link Between the Lower and Upper Airways. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2025 Feb 11:20:273–286. doi: 10.2147/COPD.S493219
- 31 Bergqvist J, Bove M, Andersson A, et al. Chronic rhinosinusitis associated with chronic bronchitis in a five-year follow-up: the Telemark study. *BMC Pulm Med*. 2022 Nov 9;22(1):406. doi: 10.1186/s12890-022-02203-8
- 32 Keller A and Malaspina D. Hidden consequences of olfactory dysfunction: a patient report series. *BMC Ear, Nose and Throat Disorders*. 2023; 13(8):1–20. <https://doi.org/10.1186/1472-6815-13-8>
- 33 Peters AT, Soler ZM, Kern RC, et al. Improvement in patient-reported "taste" and association with smell in dupilumab-treated patients with severe chronic rhinosinusitis with nasal polyps from the SINUS-24 and SINUS-52 trials. *Clinical & Experimental Allergy*. 2022;52(9):1105–1109. <https://doi.org/10.1111/cea.14194>
- 34 Anastasi F, Canevari FRM, Gallo S, et al. Olfactory impairment in Italian patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyps: a patient-centered survey. *Frontiers in Allergy*. 2025;5. <https://doi.org/10.3389/falgy.2024.1519069>
- 35 Luke L, Lee L, Gokani SA, et al. Understanding the Impact of Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyposis on Smell and Taste: An International Patient Experience Survey. *J Clin Med*. 2023;12(16):5367. <https://doi.org/10.3390/jcm12165367>
- 36 Dintica, Christina S et al. Impaired olfaction is associated with cognitive decline and neurodegeneration in the brain. *Neurology*. 2019;92(7):700–709. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000006919>
- 37 Ball S, Boak D, Dixon J, et al. Barriers to effective health care for patients who have smell or taste disorders. *Clin Otolaryngol*. 2021 Nov;46(6):1213–1222. <https://doi.org/10.1111/coa.13818>
- 38 Altamirano CD, Breidenbaugh M, Borish L. Don't lose sleep over chronic rhinosinusitis with nasal polyps. *Annals of Allergy Asthma & Immunology*. 2023;132(1):5–6. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2023.09.012>
- 39 Vogt F, Sahota J, Bidder T, et al. Chronic rhinosinusitis with and without nasal polyps and asthma: Omalizumab improves residual anxiety but not depression. *Clinical and Translational Allergy*. 2021;11(1). <https://doi.org/10.1002/clt2.12002>
- 40 Willard, K, Luttmann M, Sprankle M, et al. Results of an international survey in adults with CRSwNP: Surgery or Biologics? Poster # 224 Session: Quality Improvement, Outcomes and Costs [Poster presentation]. AAAAI 2025, San Diego, California, US.
- 41 Bachert C, Han JK, Wagenmann M, et al. EUFOREA expert board meeting on uncontrolled severe chronic rhinosinusitis with nasal polyps (CRSwNP) and biologics: Definitions and management. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2020;147(1):29–36. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2020.11.013>
- 42 De Corso E, Bilò MB, Matucci A, et al. Personalized Management of Patients with Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyps in Clinical Practice: A Multidisciplinary Consensus Statement. *Journal of Personalized Medicine*. 2022;12(5):846. <https://doi.org/10.3390/jpm12050846>
- 43 Misirovs R, Hoey G, Lipworth B, et al. Oral corticosteroid prescribing practice for chronic rhinosinusitis with nasal polyps among otorhinolaryngologists in Scotland: a nationwide survey. *The Journal of Laryngology & Otolaryngology*. 2024;138(7):792–796. <https://doi.org/10.1017/S0022215124000446>
- 44 Hellings PW, Alobid I, Anselmo-Lima WT, et al. EUFOREA/EPOS2020 statement on the clinical considerations for chronic rhinosinusitis with nasal polyps care. *Allergy*. 2023;79(5):1123–1133. <https://doi.org/10.1111/all.15982>
- 45 Merrill T, Kanaan A. Managing Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyps in the Elderly: Challenges and Solutions. *Clinical Interventions in Aging*. 2022;Volume 17:685–698. <https://doi.org/10.2147/cia.s279765>
- 46 De Corso E, Pipolo C, Cantone E, et al. Survey on Use of Local and Systemic Corticosteroids in the Management of Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyps: Identification of Unmet Clinical Needs. *Journal of Personalized Medicine*. 2022;12(6):897. <https://doi.org/10.3390/jpm12060897>
- 47 Bachert C, Zhang N, Cavaliere C, et al. Biologics for chronic rhinosinusitis with nasal polyps. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2020;145(3):725–739. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2020.01.020>

48 Mortuaire, G., et al. (2025). Responders to biologics in severe uncontrolled chronic rhinosinusitis with nasal polyps: a multicentric observational real-life study. *Rhinology*, 63(1), 22–31. <https://doi.org/10.4193/Rhin24.284>

49 Favier V, Daveau C, Carsuzaa F, et al. Study protocol: the biologics in severe chronic rhinosinusitis with nasal polyps survey. *BMJ Open*. 2024;14(5):e083112. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-083112>

50 Société Française D'oto-Rhino-Laryngologie Et De Chirurgie De La Face Et Du Cou. Recommandations de pratique Clinique: Prise en charge ORL de la Polypose NasoSinusienne de l'adulte. 2023. . Consulted on 25.02.2025 at <https://www.sforl.org/wp-content/uploads/2023/10/Reco-PNS-FINAL-290923-.pdf>

51 Ministerio de Sanidad, Spain. Mepolizumab, BIFIMED: Buscador de la Información sobre la situación de financiación de los medicamentos - Nomenclátor de FEBRERO – 2025. Consulted on 25.02.2025 at: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/medicamentos.do?metodo=verDetalle&cn=709251>

52 Ministerio de Sanidad, Spain. Dupilumab, BIFIMED: Buscador de la Información sobre la situación de financiación de los medicamentos - Nomenclátor de FEBRERO – 2025. Consulted on 25.02.2025 at: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/medicamentos.do?metodo=verDetalle&cn=718735>

53 Fifth Sense, UK. Fifth Sense launches campaign to improve access to medicines with multiple indications. 8 October 2024. Consulted on 25.02.2025 at: <https://www.fifthsense.org.uk/fifth-sense-launches-campaign-to-improve-access-to-medicines-with-multiple-indications/>

54 Bagnasco D, Brussino L, Biagini C, et al. Management of patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyps (CRSwNP): Results from a survey among allergists and clinical immunologists of the North-west and Center Italy Inter-Regional Sections of SIAAIC and otorhinolaryngologists of National IAR. *World Allergy Organ J*. 2024 Apr 2;17(4):100895. <https://doi.org/10.1016/j.waojou.2024.100895>

55 Lourijsen ES, Fokkens WJ, Reitsma S. Direct and indirect costs of adult patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyps. *Rhinology Journal*. 2020;0(0):0. <https://doi.org/10.4193/rhin19.468>

56 Mora T, Muñoz-Cano R, Ribó P, Mullol J, et al. Differential healthcare direct costs of asthma and chronic rhinosinusitis with nasal polyps in Catalonia (Spain). *Rhinology Journal*. 2024;0(0):0. <https://doi.org/10.4193/rhin24.147>

57 Persson J, Toppila-Salmi S, Aakko J, et al. Healthcare cost for patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyps and comorbid asthma. *ISPOR | International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. <https://www.ispor.org/heor-resources/presentations-database/presentation/euro2022-3566/119953>

58 Lilja M, Koskinen A, Hammarén-Malmi S, et al. Radiological score, asthma and NSAID-exacerbated respiratory disease predict relapsing chronic rhinosinusitis. *Clin Transl Allergy*. 2025;e70043. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ctt2.70043>

