



1088 - IMPACTO DEL TRATAMIENTO DOMICILIARIO CON TRIPLE TERAPIA INHALATORIA EN PACIENTE EPOC PLURIPATOLÓGICO. ¿APORTA BENEFICIO EN SU SITUACIÓN HOSPITALARIA?

Antonio Agarrado Perea, Ana Porcuna Caña, Marcos Guzmán García, José Luis Puerto Alonso y José Luis Andrey Guerrero

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real (Cádiz).

Resumen

Objetivos: Conocer el impacto del tratamiento inhalatorio administrado de forma ambulatoria en el paciente EPOC pluripatológico y su influencia en los pacientes con exacerbación. Valorar implicación del tratamiento inhalatorio y sistémico en morbilidad del paciente pluripatológico con datos de EPOC. Conocer características propias del paciente pluripatológico que ingresa en el Servicio de Medicina Interna con criterios de EPOC.

Métodos: Realización de estudio retrospectivo observaciones a partir de los datos hospitalarios aportados por aquellos pacientes con diagnóstico de EPOC ingresados por exacerbación de dicha patología a cargo del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz) en el período establecido entre enero 2021 y mayo 2022. En dichos pacientes se valoró el tratamiento inhalatorio previo al ingreso junto a la prescripción de tratamientos sistémicos como corticoides, antibioterapia y soporte ventilatorio y se valoró con aquellos aspectos clínicos relevantes.

Resultados: Se pudieron validar los datos de un total de 139 pacientes. Dentro de las características más relevantes en la epidemiología de los pacientes EPOC destaca las siguientes, Sexo: hombre 86,1% mujer 13,9 con edad media de 74,28 ± 10,8 años. Presentan índice de Barthel ≥ 50: 58,2% (rango IQ25-75%:20-90) e índice de Charlson > 5: 74,7% (rango IQ25-75%: 5-9). En su situación EPOC en el momento de ingreso hospitalario; BODE > 3: 87,3 rango (IQ25-75%: 4-6) y DECAF:DECAF > 2: 79,7% (IQ25-75%: 2-4). Predominio de criterios GOLD B (31,6%) y D (41,8%) y fenotipo Bronquitis crónica: 40,5% Enfisematoso 38%; SAHS 19%. Tratamiento inhalatorio previo: 69,6%. Tratamiento con triple terapia: 67,3% (46,8% del total). Corticoides sistémicos: 32,9%. Eosinopenia (50 cél./μL): 46,8% (media 126 cél./μL; Rango IQ25-75%:10-170 cél./μL) Mortalidad intrahospitalaria por cualquier causa: 29,1%. Mortalidad a los 90 días: 39,2%. RR corticoides sistémicos: 5,45 (p = 0,02); RR triple terapia inhalatorio: 1,4 (p = 0,27).

Discusión: Cada vez existen más datos sobre el impacto sobre la terapia inhalatoria y adyacente en los pacientes con criterios diagnósticos de EPOC, pero desafortunadamente no existen datos en vida real de pacientes pluripatológicos debido a la alta probabilidad de malos resultados. Dentro de la limitación de nuestro estudio (siendo observacional retrospectivo y con múltiples posibles sesgos),

los datos obtenidos en nuestra cohorte llaman a valorar factores implícitos de las características de los pacientes (como las comorbilidades asociadas, destacando la insuficiencia cardíaca). La correcta inhalación de la medicación prescrita se asocia a una mejora del estado de salud y de la función pulmonar, lo que en el paciente frágil no se podría asegurar su cumplimiento de forma categórica. Estos hallazgos deberían alentar a los profesionales de la salud a proporcionar instrucciones sobre la técnica de inhalación correcta y a reevaluar periódicamente la técnica de inhalación de los pacientes.

Conclusiones: La utilización de tratamiento con triple terapia inhalatoria no implica relación con la mortalidad en nuestra cohorte, siendo esta una muestra con indicios elevados de fragilidad y comorbilidad. Tras el análisis de otros tratamientos, se objetiva como posible marcador de mortalidad la utilización de corticoides sistémicos. En valoración de reingreso inferior a los 30 días, la utilización de antibiótico, en probable relación a evolución tórpida en proceso infeccioso, implica una relación significativa en nuestra muestra. Tras análisis de la terapia inhalatoria, la utilización previa a ingreso de la triple terapia inhalada no presenta tendencia al aumento de mortalidad intrahospitalaria a corto plazo.

Bibliografía

1. Lavorini F, Mannini C, Chellini E, Fontana GA. Optimising Inhaled Pharmacotherapy for Elderly Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: The Importance of Delivery Devices. *Drugs Aging*. 2016;33(7):461-73.
2. Gregoriano C, Dieterle T, Breitenstein AL, *et al*. Use and inhalation technique of inhaled medication in patients with asthma and COPD: data from a randomized controlled trial. *Respir Res*. 2018;19(1):237.
3. Singh D, Papi A, Corradi M, *et al*. Single inhaler triple therapy *versus* inhaled corticosteroid plus long-acting β 2-agonist therapy for chronic obstructive pulmonary disease (TRILOGY): a double-blind, parallel group, randomised controlled trial. *Lancet*. 2016;388(10048):963-73.