



<https://www.revclinesp.es>

## 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  $74,28 \pm 10,8$  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./?L): 46,8% (media 126 cél./?L; Rango IQ25-75%:10-170 cél./?L) 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  $\beta_2$ -agonist therapy for chronic obstructive pulmonary disease (TRILOGY): a double-blind, parallel group, randomised controlled trial. *Lancet*. 2016;388(10048):963-73.