



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

216 - EL IMPACTO DE REVISAR LA PRÁCTICA CLÍNICA EN EL MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA AGUDIZACIÓN DE EPOC

María Lourdes Orgaz Salgado, Maitane Sobrino Alonso, Irene María Casado López, José Antonio Melero Bermejo, Alba Hernández Piriz, Sara Núñez Palomares, Jose Manuel Casas Rojo y María Mateos González

Medicina Interna, Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, España.

Resumen

Objetivos: Analizar el impacto de una intervención formativa en el tratamiento farmacológico de la agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (AEPOC).

Métodos: Estudio pre-post. Primero se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de pacientes ingresados por AEPOC en el año natural 2022, evaluando la adecuación del tratamiento a las principales guías (GOLD, GesEPOC). Se analizaron variables relacionadas con el uso de broncodilatadores, glucocorticoides sistémicos y antibióticos. Con los resultados obtenidos se realizó una intervención formativa con sesiones clínicas, elaboración de protocolos y vía clínica. Posteriormente, se recogieron prospectivamente los mismos datos (enero de 2024 a febrero de 2025) y se realizó un análisis comparativo con el programa estadístico STATA.

Resultados: Se incluyeron 264 pacientes (retrospectiva: n = 170; prospectiva: n = 94). Broncodilatadores: El uso de inhaladores se mantuvo mayoritario con un descenso no significativo (del 85% al 75,8%). La dosis media diaria fue similar en ambas cohortes para inhaladores (12,1 vs. 13,6 *puffs* diarios; p = 0,31) y para nebulizados (4,4 vs. 4,2 nebulizaciones diarias; p = 0,98). Glucocorticoides sistémicos: La posología matutina aumentó de forma significativa (del 37% al 77%; p < 0,001), así como la administración por vía oral (del 14,7% al 43,6%; p < 0,001) y la retirada rápida (del 25,5% al 44,8%; p = 0,002). La dosis máxima diaria se redujo de 80¿mg a 55¿mg (p < 0,001). No hubo diferencias significativas en la duración media (13 vs. 14,8 días; p = 0,222), aunque la mediana bajó de 13 a 10 días. Antibióticos: Disminuyó significativamente el uso de quinolonas (del 49,4% al 19,8%), con aumento de cefalosporinas de 3.^a generación (del 23% al 31%), amoxicilina-clavulánico (del 16% al 28%) y cefepime (del 0% al 7%) como alternativa antipseudomónica (p < 0,001). La duración media del tratamiento antibiótico se redujo de 8,3 a 7,5 días (IC95 -1,8 - 0,1; p = 0,09). Se observó un aumento no significativo en la adecuada cobertura antipseudomónica en los pacientes con factores de riesgo (del 55,9% al 61,5%; p = 0,568). Aun así, el 28,5% de los pacientes con riesgo de Pseudomonas no recibieron adecuada cobertura antibiótica y un 2,5% la recibieron innecesariamente.

Discusión: La intervención realizada generó una mejoría significativa en el manejo de la corticoterapia en los pacientes AEPOC, con mayor empleo de la administración oral, posología matutina, menor dosis diaria y una retirada más rápida. También se objetivó una reducción en el uso de quinolonas y una mayor adecuación y ajuste del tratamiento antipseudomónico (disminución del sobretratamiento), sin embargo, hasta un 28% de pacientes con riesgo continúan infratratados, probablemente por infraestimación del riesgo. Por otro lado, los

resultados con la terapia broncodilatadora no fueron tan llamativos: aunque la vía inhalada se mantuvo predominante, no hubo un deseable aumento del uso de inhaladores, posiblemente relacionado con la vuelta a prácticas previas a la pandemia por COVID-19.

Conclusiones: La optimización del tratamiento corticoideo y la reducción de quinolonas fueron las acciones con mejores resultados. Persisten áreas de mejora, como la identificación del riesgo de infección por *Pseudomonas* o la estandarización del uso de broncodilatadores inhalados. Estos resultados respaldan la eficacia de la revisión de la práctica clínica y las intervenciones formativas como herramienta para mejorar la calidad asistencial.