



<https://www.revclinesp.es>

657 - CORTICOSTEROIDES, INMUNOSUPRESIÓN E INFECCIÓN EN MORTALIDAD 30 DÍAS EPOC: CUANDO LAS SEPSIS APARECE EN EL HORIZONTE

David Aguilar Muñoz, María Villuendas González, Carlos Barrera Tenorio, Alberto Camean Castillo y Antonio Ramos Guerrero

Medicina Interna, Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, España.

Resumen

Objetivos: La administración de corticosteroides sistémicos (CS) al alta y la inmunosupresión o infección durante la exacerbación han mostrado individualmente un peor pronóstico en EPOC, pero su efecto combinado en entornos reales no se ha evaluado integralmente. **Objetivo:** determinar la asociación independiente de CS al alta, estatus de inmunosupresión e infección aguda con la mortalidad a 30 días tras una hospitalización por exacerbación de EPOC.

Métodos: Se incluyeron 535 pacientes con exacerbación de EPOC (2021-2024). Se registraron mortalidad a 30 días, CS al alta ($n = 272$; 50,8%), inmunosupresión ($n = 82$; 15,4%) e infección aguda ($n = 319$; 59,6%). Se obtuvieron *odds ratios* (OR) en análisis univariante (2 , Fisher) y multivariante (regresión logística) ajustado por las tres variables principales.

Resultados: En univariante, CS al alta se asoció con mayor mortalidad (OR 2,48; IC95% 1,56-3,55; $p < 0,001$), inmunosupresión (OR 2,03; IC95% 1,23-3,37; $p = 0,006$) e infección aguda (OR 1,68; IC95% 1,10-2,57; $p = 0,015$). En multivariante, CS mantuvo asociación independiente (OR 2,35; IC95% 1,56-3,55; $p < 0,001$), inmunosupresión (OR 1,88; IC95% 1,14-3,11; $p = 0,014$) e infección (OR 1,57; IC95% 1,03-2,39; $p = 0,037$).

Discusión: Estos datos confirman que CS al alta duplica la mortalidad temprana independientemente de la inmunosupresión e infección aguda. Contrastan con la falta de impacto en mortalidad del SUMMIT¹ y con la reducción de exacerbaciones, pero no de mortalidad, en FLAME², y respaldan el riesgo dosis-dependiente de neumonía documentado en metanálisis recientes³.

Conclusiones: CS al alta, inmunosupresión e infección aguda incrementan de forma independiente la mortalidad a 30 días tras exacerbación de EPOC. Se sugiere personalizar la prescripción de CS al alta y monitorizar intensamente a pacientes inmunodeprimidos o infectados; estudios prospectivos deben validar estas observaciones.

Bibliografía

1. Vestbo J, et al. Fluticasone furoate and vilanterol and survival in COPD with heightened cardiovascular risk (SUMMIT): a double-blind randomised controlled trial. Lancet. 2016;387(10030):1817-26.
2. Wedzicha JA, et al. Indacaterol-glycopyrronium versus salmeterol-fluticasone for COPD. N Engl J Med. 2016;374(23):2222-34.

3. Brode SK, et al. Inhaled corticosteroids and the pneumonia risk in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Pharmacol.* 2021;12:691621.