



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## 395 - EPOC Y TRIPLE TERAPIA ¿ESTAMOS APLICANDO LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS CLÍNICAS?

*Lara Victoria Calvo Rubio, Marina Pintor Rey, Alejandro Cuellar de la Rosa, Alicia Romero Calvo, Pablo Ortiz de Urbina Fernández, Julia Rodríguez González, Carlos Lorente Larrañeta y Alberto Muela Molinero*

*Medicina Interna, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.*

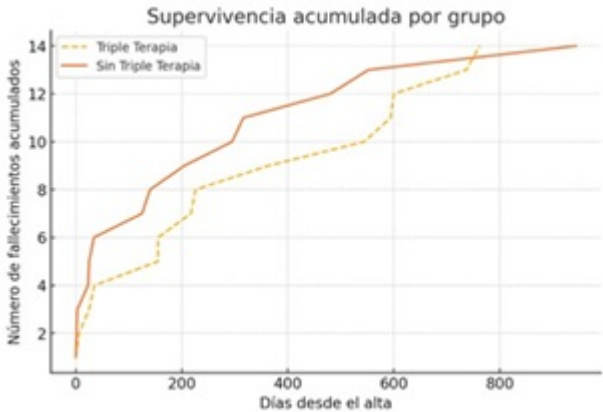
### Resumen

**Objetivos:** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituye una causa frecuente de hospitalización y reingreso hospitalario. Las guías clínicas recomiendan la optimización del tratamiento broncodilatador, incluyendo la instauración de triple terapia inhalada en pacientes con alta carga sintomática o exacerbaciones frecuentes. Este estudio surge con el objetivo de comprobar la adherencia a guías clínicas en la práctica asistencial.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo realizado en un servicio de medicina interna de un hospital terciario. Se incluyeron pacientes ingresados por agudización de EPOC durante el primer semestre de 2022 y se siguieron hasta 2025. Se recogieron datos demográficos, tratamiento durante el ingreso y al alta y en reingresos sucesivos, así como mortalidad. Se analizaron los desenlaces clínicos (reingresos y mortalidad) comparando uso de triple terapia broncodilatadora vs. resto de combinaciones de broncodilatadores. El estudio fue aprobado por el CEIC del centro.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 53 pacientes con una edad media de 74 años, siendo un 62% de hombres. Las comorbilidades más prevalentes fueron hipertensión arterial (56%), dislipemia (40%) y diabetes (30%). El tratamiento al alta en el primer ingreso fue predominantemente triple terapia (55%), seguida de doble broncodilatación (21%) y combinación ICS + LABA (18%). Durante el seguimiento, se registraron múltiples reingresos por agudización de EPOC (hasta un máximo de 5 reingresos en algunos pacientes). En el primer reingreso, la triple terapia fue el tratamiento más frecuente (56,25%), proporción que aumentó progresivamente en los sucesivos reingresos (79% en el segundo y 86% en el cuarto y quinto), aunque en el caso del tercer reingreso se observó un descenso en su prescripción (54,55%). Durante el primer reingreso la doble broncodilatación es la segunda combinación más utilizada (21,88%), seguida de la combinación de ICS + LABA (18,75%). Los pacientes tratados con monoterapia representaron un porcentaje mínimo en cada reingreso. En la tabla se muestra un análisis más detallado. Los pacientes con triple terapia presentaron un número mayor de reingresos durante los 3 años de seguimiento (2,1 vs. 0,5,  $p < 0,01$ ) en comparación con los que recibieron doble broncodilatación o ICS + LABA. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en cuanto al tiempo medio hasta el primer reingreso (134 días vs. 115 días,  $p = 0,65$ ). Los pacientes en tratamiento con triple terapia presentaron un perfil más favorable con menor número de fallecimientos acumulados a lo largo del seguimiento. La mortalidad acumulada fue menor en los pacientes con triple terapia a lo largo del seguimiento, tal como se muestra en la figura.

| Tratamiento            | 1.º reingreso | 2.º reingreso | 3.º reingreso | 4.º reingreso | 5.º reingreso |
|------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Triple terapia         | 18 (56,25%)   | 15 (78,95%)   | 6 (54,55%)    | 6 (85, 71%)   | 6 (85,71%)    |
| Doble broncodilatación | 7 (21,88%)    | 4 (21,05%)    | 3 (27,27%)    | 0 (0,0%)      | 1 (14,29%)    |
| ICS + LABA             | 6 (18,75%)    | 0 (0,0%)      | 1 (9,09%)     | 1 (14,29%)    | 0 (0,0%)      |
| Monoterapia            | 1 (3,12%)     | 0 (0,0%)      | 1 (9,09%)     | 0 (0,0%)      | 0 (0,0%)      |



*Conclusiones:* La adecuación terapéutica a las guías clínicas en nuestra serie fue subóptima, especialmente tras el primer episodio de agudización, ya que una proporción significativa no recibió triple terapia de forma precoz. La triple terapia inhalada se asoció a una menor mortalidad. El aumento del número de reingresos puede correlacionarse con la mejora en la supervivencia de estos pacientes. Por otro lado, conviene recordar que la triple terapia no es para todos los pacientes y la valoración de cifras de eosinófilos permite una selección adecuada de los candidatos a este tratamiento.