



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

1947 - CONTROVERSIAS ENTRE TRATAMIENTOS EN EPOC: CORTICOSTEROIDES, INFECCIÓN Y TRIPLE TERAPIA EN MORTALIDAD TRAS EXACERBACIÓN DE EPOC... ¿QUIÉN DA MÁS?

Marta Sánchez Morillo, David Aguilar Muñoz, Maria Villuendas González, Marcos Guzmán García, Jose Luis Puerto Alonso y Antonio Javier Ramos Guerrero

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

Resumen

Objetivos: Determinar el impacto combinado de CS y de infecciones agudas, estratificado por terapia inhalada triple previa, sobre la mortalidad a 30 días tras exacerbación de EPOC.

Métodos: Se incluyeron 535 pacientes ingresados por exacerbación de EPOC (2021-2024), edad mediana 76 años (IQR 67-83), predominio GOLD E (51%). Se registraron CS al alta (272/535; 50,8%), infecciones durante el episodio (319/535; 59,6%) y uso previo de triple terapia (385/535; 72,0%). Se evaluó mortalidad a 30 días y se calcularon *odds ratio* (OR) crudas mediante test exacto de Fisher y χ^2 ; se estratificó el análisis por estado de triple terapia.

Resultados: Globalmente, CS se asoció con mayor mortalidad (33,8 vs. 17,1%; OR 2,48; $p < 0,001$) y la infección incrementó el riesgo (29,5 vs. 19,9%; OR 1,68; $p = 0,015$). Sin terapia triple ($n = 150$), CS multiplicó por 3,7 el riesgo (OR 3,71; $p = 0,0009$) y la infección no fue significativa (OR 1,23; $p = 0,71$). Con terapia triple ($n = 385$), CS duplicó el riesgo (OR 2,20; $p = 0,0014$) e infección aumentó la mortalidad un 98% (OR 1,98; $p = 0,0105$).

Discusión: Estos datos muestran que CS duplica la mortalidad temprana independientemente de la terapia inhalada triple, mientras que la infección solo es relevante en usuarios de terapia inhalada. Estudios como REDUCE demostraron que un curso breve de CS (5 días) es no inferior a uno prolongado, y análisis observacionales indican que dosis bajas de CS orales tienen resultados comparables a altas dosis intravenosas. Estos hallazgos contrastan con los beneficios de supervivencia informados en TORCH y refuerzan la necesidad de optimizar la prescripción de CS tras el alta.

Conclusiones: La interacción entre CS, infección y terapia inhalada triple define un perfil de alto riesgo tras exacerbación de EPOC con un impacto en la mortalidad de forma precoz. Se recomienda individualizar la prescripción de CS al alta y monitorizar intensivamente a pacientes con infección bajo terapia triple.

Bibliografía

1. Suissa S, Patenaude V, Lapi F, Ernst P. Inhaled corticosteroids in COPD and the risk of serious pneumonia. *Thorax*. 2013;68(11):1029-36.

2. Calverley PMA, Anderson JA, Celli B, et al. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in COPD. *N Engl J Med*. 2007;356(8):775-89.
3. GOLD. 2023 Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD. GOLD; 2023. Disponible en: <https://goldcopd.org/2023-gold-report>
4. Leuppi JD, Schuetz P, Bingisser R, et al. Short-term vs. conventional glucocorticoid therapy in acute exacerbations of COPD: the REDUCE randomized clinical trial. *JAMA*. 2013;309(21):2223-31.
5. Walters JA, Tan DJ, White CJ, et al. Systemic corticosteroids for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(9):CD001288.
6. Lindenauer PK, Pekow PS, Lahti MC, et al. Association of corticosteroid dose and route of administration with risk of treatment failure in acute exacerbation of COPD. *JAMA*. 2010;303(23):2359-67.
7. Kiser TH, Allen RR, Valuck RJ, Moss M, Vandivier RW. Outcomes associated with corticosteroid dosage in critically ill patients with acute exacerbations of COPD. *Am J Respir Crit Care Med*. 2014;189(9):1052-64.