



1679 - OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CRÓNICO AL ALTA DE AGUDIZACIÓN DE EPOC: INTENSIFICACIÓN, SIMPLIFICACIÓN, Y MÁS ALLÁ DE LA TRIPLE TERAPIA INHALADORA

Sara Sevo Spahiu, Juan Miguel Antón Santos, Irene López Casado, Lorea García Roteta, Blanca Beamonte Vela, Maitane Sobrino Alonso, María Lourdes Orgaz Salgado y Sandra Nicas Jiménez

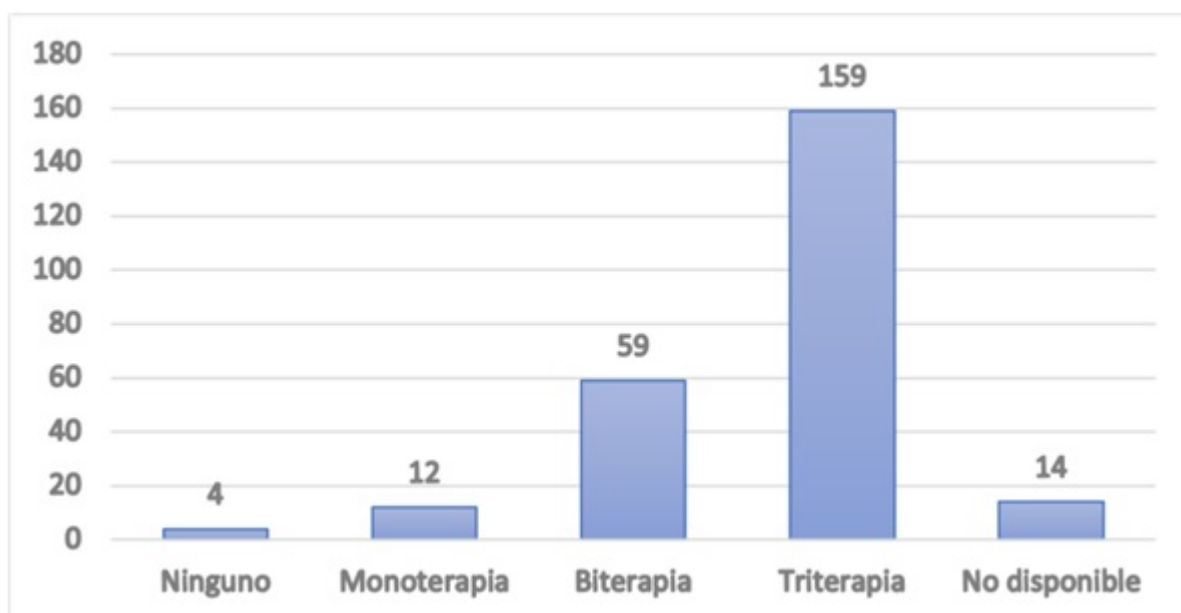
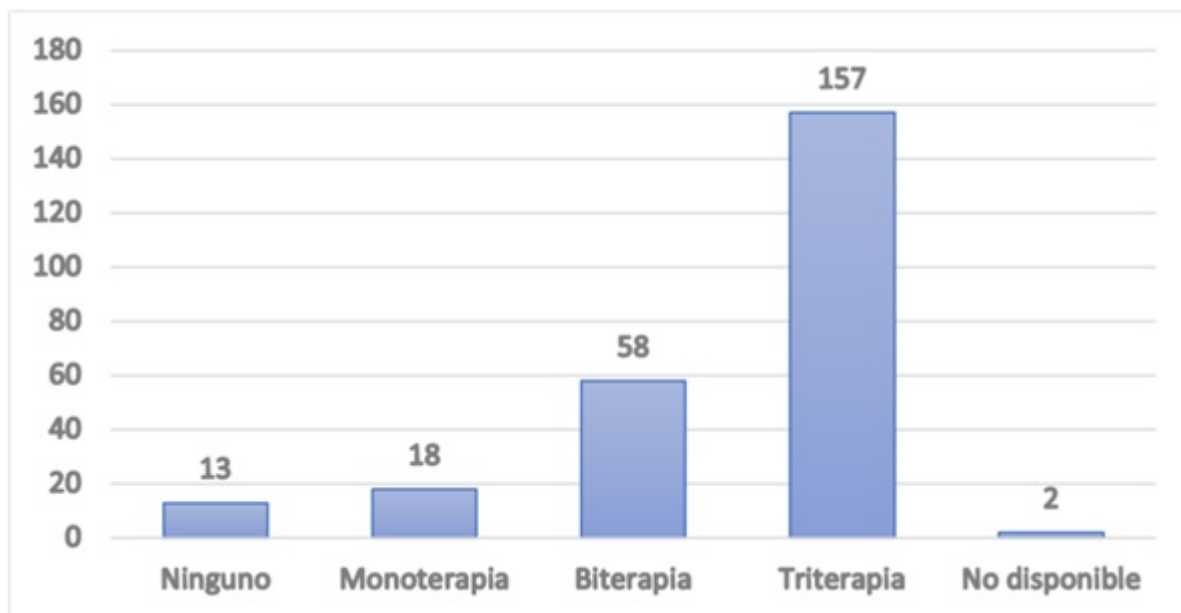
Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, España.

Resumen

Objetivos: Analizar el grado de optimización del tratamiento al alta hospitalaria de pacientes hospitalizados por agudización de EPOC (aEPOC) en función de las recomendaciones GOLD (Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) 2021 vigentes en 2022.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en un hospital secundario de Madrid. Se revisaron todos los episodios con diagnóstico al alta codificado como agudización de EPOC (aEPOC) durante 2022, y se excluyeron los pacientes sin diagnóstico espirométrico de EPOC. Se recogieron retrospectivamente de la historia clínica el tratamiento inhalador al ingreso y al alta hospitalaria, y se valoró su idoneidad de acuerdo con la estadificación GOLD 2021. Se definió intensificación como el aumento en la terapia broncodilatadora de base acorde a las guías GOLD, y simplificación como reducción del número de dispositivos inhaladores manteniendo o intensificando la pauta broncodilatadora. Se revisó la instauración de terapias dirigidas a reducir agudizaciones en los pacientes que ya tenían triple terapia al ingreso. El análisis se realizó con Chi-cuadrado en paquete estadístico SPSS.

Resultados: De 355 episodios codificados como aEPOC, 248 cumplían diagnóstico espirométrico de EPOC, correspondientes a 172 pacientes. Se pudo analizar el tratamiento inhalador crónico de 246 episodios, de los cuales 12 (5,2%) no usaban terapias crónicas, 17 (7,4%) monoterapia, 55 (23,8%) biterapia y 147 (63,6%) triterapia, faltando datos de 15 pacientes. Por número de inhaladores, 18 (7,3%) usaban un dispositivo, 58 (23,6%) dos, y 157 (63,8%) tres. La estrategia principal al alta fue mantener el mismo tratamiento (81,6%), realizándose intensificación solo en 32 casos (13,7%) y reducción en 11 (4,7%). Existía correlación significativa entre las terapias al ingreso y al alta, reflejando un cierto grado de inercia terapéutica, dado que todo paciente con aEPOC según GOLD 2021 al alta pasa a ser C o D y por tanto en los 36 pacientes grupo A (15,6%) y 63 grupo B (27,3%) debería haberse valorado intensificación. De los 223 pacientes en los que se mantuvo o intensificó la terapia, tan solo en 19 casos (12,3%) se realizó simplificación del número de dispositivos. De los 157 pacientes con triple terapia al ingreso, solo tenían otras terapias asociadas 26 casos (16,6%), recibiendo 21 acetilcisteína, 13 roflumilast y 10 azitromicina. Al alta se realizó intensificación en 32 casos (20,4%), iniciando azitromicina en 3 (1,9%), acetilcisteína en 29 (18,5%) y roflumilast en 1 (0,6%).



Discusión: El nivel de optimización del tratamiento en nuestra serie fue bajo según lo establecido en las guías GOLD vigentes en ese momento. Es necesaria una mayor intensificación, pues en la mayoría de los casos se observó una inercia terapéutica, manteniéndose el mismo tratamiento previo al ingreso. Igualmente, la tasa de simplificación del número de dispositivos en nuestro estudio dista mucho de lo deseado y debe convertirse en uno de nuestros objetivos prioritarios, ya que se ha demostrado que el cumplimiento del régimen terapéutico depende, entre otros factores, de la simplicidad de este.

Conclusiones: Existe un margen de mejora evidente en la adecuación del tratamiento inhalador al alta de la hospitalización por aEPOC, tanto en la intensificación como en la simplificación.

Bibliografía

1. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD) 2021.
2. Chrischilles E, Gilden D, Kubisiak J, *et al.* Delivery of ipratropium and albuterol combination therapy for chronic obstructive pulmonary disease: effectiveness of a two-in-one inhaler versus separate inhalers. *Am J Manag Care.* 2002;8:902-11.