



825 - CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR AGUDIZACIÓN DE EPOC CON DIAGNÓSTICO EXCLUSIVAMENTE CLÍNICO

Lara Victoria Calvo Rubio, Alicia Romero Calvo, Saray Suárez García, Ángela Crespo Rubio, Marina Pintor Rey, Alejandro Cuéllar de la Rosa, Pablo Ortiz de Uribe Fernández y Alberto Muela Molinero

Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.

Resumen

Objetivos: Analizar las características de los pacientes ingresados con diagnóstico de EPOC en base a criterios clínicos, así como la actitud tomada por el clínico durante el ingreso en relación al tratamiento o seguimiento posterior.

Métodos: Se recogieron los ingresos con diagnóstico al alta de EPOC agudizado durante 2022 en nuestro Servicio. Se revisaron las historias antiguas para determinar aquellos pacientes diagnosticados de EPOC sin espirometría y se recogieron diversas variables. Se realizó un seguimiento hasta el 31 de mayo de 2023. Se compararon las características y evolución de estos pacientes frente a aquellos con diagnóstico espirométrico y para el análisis estadístico se utilizó SPSS v23.

Resultados: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un problema de salud pública de primer orden, que antes de la pandemia COVID-19 era la tercera causa de muerte mundial, con una prevalencia estimada superior al 10% en nuestro país. La espirometría es la herramienta esencial para su diagnóstico, pero en nuestro país está infrutilizada lo que conlleva el sobrediagnóstico de esta entidad cuando este se basa solo en criterios clínicos. De los 123 pacientes con diagnóstico de EPOC agudizado que ingresaron en nuestro servicio durante 2022, 40 pacientes (32,5%) no tenían espirometría previa; de ellos, 13 pacientes (32,5%) tenían antecedente de ingreso en los 12 meses previos por agudización de EPOC. En cuanto al tratamiento previo al ingreso, un 60% de los pacientes recibía triple terapia y otro 15% corticoides inhalados (ICS) en diferentes combinaciones. Durante el ingreso el 95% recibió tratamiento con SAMA/SABA y corticoides sistémicos con dosis media de 49,96 mg/día durante el ingreso; además el 91,6% de los pacientes recibió corticoides sistémicos al alta durante más de 5 días con una media de $11,88 \pm 4,52$ días. 120 pacientes (97,5%) recibieron profilaxis para ETEV. En la tabla se resumen algunas de las características de los pacientes de cada grupo. Aunque no se produjeron fallecimientos en el ingreso entre los pacientes sin espirometrías, durante el seguimiento la mortalidad fue del 22,5%.

Características de los pacientes con ingreso por agudización de EPOC

	Sin espirometría (N = 40)		Con espirometría (N = 83)	
	n	%	n	%
Sexo (varón)	35	87,5	75	90,5

Edad media (años)*	83,6 ± 7,1		79,4 ± 7,9	
HTA	33	82,5	59	71,1
Diabetes	12	30	32	38,6
Dislipemia	24	60	52	62,7
Tabaquismo	28	70	69	83,1
Fibrilación auricular	11	27,5	29	34,9
ICS previo	30	75	62	74,7
Dosis media corticoides (mg/d)	49,8 ± 13,2		60,4 ± 36,2	
Estancia media (días)	5,6 ± 4,3		7 ± 5,4	
ICS al alta	30	75	62	75,5
Pauta descendente corticoides	30	93,8	59	95,2
Seguimiento consultas	14	35	24	30,8
Reingresos por agudizaciones	17	42,5	36	43,3

*Significación estadística (p < 0,05).

Discusión: En un porcentaje elevado de pacientes el diagnóstico de EPOC se basaba exclusivamente en criterios clínicos. Aunque en ocasiones realizar una espirometría puede ser complicado por las características basales del paciente (nula colaboración, deterioro cognitivo o imposibilidad para realizar la técnica) no es menos cierto que su infrautilización puede conllevar al diagnóstico de EPOC de pacientes que no padecen esta enfermedad con el consiguiente sobretratamiento. Aun así, en nuestra serie se observa que los clínicos asumieron dicho diagnóstico, con un manejo similar al de los pacientes con diagnóstico espirométrico y se mantuvo la inercia terapéutica en cuanto a la utilización de broncodilatadores; solamente en dos pacientes se realizó una espirometría posterior que confirmó la EPOC. Cabe destacar que se utilizaron dosis de corticoides elevadas y durante más días de lo recomendado en las diferentes guías clínicas.

Conclusiones: En un porcentaje importante de pacientes ingresados como EPOC el diagnóstico es exclusivamente clínico. Es necesario realizar espirometrías de forma precoz para garantizar el diagnóstico y evitar el sobrediagnóstico y sobretratamiento en estos pacientes.

Bibliografía

1. Golpe R, Díaz-Fernández M, Mengual-Macénlle N, *et al.* Sobrediagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en atención primaria. Prevalencia y condicionantes. Med Fam SEMERGEN. 2017;557-64.
2. Spero K, Khorfan F, Bayasi G. The Over Diagnosis of COPD in Hospitalized Patients. CHEST annual meeting 2016. Los Ángeles: Elsevier, 2016.
3. Marín Trigo J. Principales parámetros de función pulmonar en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Aten Primaria. 2003;32:169-76.