



EP-18. - VITAMINA D EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EXACERBACIÓN AGUDA DE EPOC EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

M. López Sánchez¹, M. García Gómez¹, A. Campos Calero¹, C. García Redecillas¹, M. Ruiz González¹, L. Muñoz Fernández¹, M. Martínez Ramírez²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Nutrición y Endocrinología. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Resumen

Objetivos: La baja concentración de 25 hidroxivitamina D(25-OHD) se ha asociado con un menor FEV1 y con un control inmunológico deteriorado y, la consiguiente, predisposición a la infección. Nuestro objetivo es analizar los niveles de vitamina D en pacientes hospitalizados por exacerbación aguda de EPOC en el Complejo Hospitalario de Jaén.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Población de estudio: pacientes hospitalizados con diagnóstico de exacerbación aguda de EPOC en el periodo de abril a junio 2014 en la planta de Medicina Interna y Neumología. La muestra comprende 26 enfermos, previo consentimiento informado. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo) y datos analíticos (niveles de calcio, fósforo, paratohormona y 25-OHD). Los niveles de 25 hidroxivitamina D se clasificaron en suficiente > 30 ng/ml, insuficiente 21-29 ng/ml, deficiente < 20 ng/ml y deficiencia grave < 10 ng/ml. Los datos recogidos se registraron en una base de datos anonimizada y procesada estadísticamente mediante el programa R-commander.

Resultados: Todos los pacientes analizados fueron hombres. La edad media estuvo en torno a los 76 años. Los niveles medios de 25-OH D fueron de 14,2 ng/ml. Encontramos 20 casos de deficiencia, 5 de insuficiencia y sólo un paciente presentaría niveles óptimos de vitamina D. Los niveles medios de PTH fueron de 88,35 pg/ml, calcio 9,2 mg/dl y fósforo 3,4 mg/dl.

Discusión: La mayoría de nuestros enfermos no presenta niveles óptimos de vitamina D (> 25 ng/ml). Esta deficiencia origina un hiperparatiroidismo secundario que puede explicar el valor de PTH en el límite superior de la normalidad. Los niveles subóptimos pueden ser explicados en esta población por diversos motivos: mala alimentación, el envejecimiento de la piel y la reducción de la actividad al aire libre, el aumento del catabolismo por los glucocorticoides, la alteración en la activación por la disfunción renal y una menor capacidad de almacenamiento en los músculos y en la grasa debido a pérdidas. La prevalencia de deficiencia es del 76% en fase de exacerbación.

Conclusiones: El déficit de vitamina D puede ser un factor agravante del déficit inmunitario inherente en estos pacientes. La normalización de sus niveles mejoraría la capacidad de respuesta frente a las infecciones, que a su vez son la principal causa de reagudización y de ingreso hospitalario. Es un tratamiento seguro y de bajo coste, por lo que sería una medida muy eficaz si fuese capaz de inducir una mejoría sanitaria generalizada. Sería conveniente reevaluar el

enriquecimiento con vitamina D, ya que muy pocos alimentos la contienen y es la síntesis cutánea la principal fuente de esta vitamina. Son necesarios estudios en esta población que demuestren un menor riesgo de exacerbación tras la normalización de los niveles séricos de vitamina D.