



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

EP-030 - ¿NOS ADECUAMOS A LAS ACTUALES RECOMENDACIONES DEL TRATAMIENTO DE LA EPOC ESTABLE?

C. Amado Fernández¹, A. González Pascual¹, R. Portilla Chocarro², N. Calvo Mijares³, L. Velasco Arjona⁴, M. Esles Bolado¹, J. Rodríguez García⁵, M. Bedia Monef⁶

¹Servicio de Medicina Interna. ²Urgencias. ³Medicina Preventiva. Calidad y Seguridad del Paciente. ⁴Servicio de Medicina Interna. Sección de Neumología. Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria). ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Santa Clotilde. Santander (Cantabria). ⁶Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

Resumen

Objetivos: Conocer la adecuación en el uso de corticoides inhalados en los pacientes EPOC estable en función de la gravedad y el fenotipo, según las guías GesEPOC y adecuación en no agudizadores según la SEPAR.

Métodos: Estudio transversal descriptivo en el que revisamos el tratamiento habitual de pacientes EPOC que acudieron a las consultas de Neumología y Medicina Interna, o estuvieron ingresados durante el mes de enero de 2015. Las variables analizadas fueron edad, sexo, IMC, tabaquismo, fenotipo EPOC, índice BODex, espirometría y presencia de comorbilidades. Para identificar el fenotipo: FEV1, exacerbaciones en el último año, criterios de bronquitis crónica/enfisema y antecedentes de asma recogidos en la historia. Se utilizó el Índice BODex para definir la gravedad del EPOC. La estadística se realizó mediante SPSS. Definimos adecuación al tratamiento con corticoides inhalados, aquél que estando indicado, el paciente lo toma, y, aquél, que no estando indicado, el paciente no lo toma, de acuerdo a la gravedad y fenotipo.

Resultados: Se incluyeron 88 pacientes, 72 varones (81,8%) y 16 mujeres (18,2%). La edad media fue de 72 años, DE: 1,11. El FEV1 medio fue de 52,07 (DE: 1,84) y la distribución de gravedad media según BODex fue de 3,50 (DE: 0,23). La proporción de pacientes para cada fenotipo fue: A: 48 (54,5%), B: 16 (18,2%), C: 9 (10,2%) y D: 15 (17%). Los pacientes con patología cardíaca asociada presentaban mayor número de ingresos ($p = 0,092$) respecto a otras patologías comórbidas. Tan sólo un 43 pacientes (48,8%) presentaban un uso adecuado de CI, con una $p > 0,05$ basándonos en las guías de la GesEPOC. Sin embargo, al evaluar la adecuación según el consenso SEPAR 2015, existe adecuación en 53 pacientes (60,2%), siendo también no significativas las diferencias ($p > 0,05$). La adecuación por fenotipos fue en los no agudizadores mejor según la SEPAR (adecuación del 47,9% vs 27% según GesEPOC).

Discusión: El análisis de fenotipos concluye que nuestros enfermos son en su mayoría no agudizadores. Los pacientes ingresados tienen una edad media superior. La adecuación a las nuevas guías GesEPOC es baja (sobreuso de CI), siendo algo mejor para las recomendaciones SEPAR 2015 en lo que se refiere al fenotipo no agudizador, posiblemente debido a que permite el uso de tratamiento con CI en los pacientes con ingreso previo en los dos últimos años. El fenotipo D grave, cuya adecuación es del 60%, creemos se pueda justificar porque algunos de los pacientes de este grupo que están sin CI es debido a que están con nebulizaciones intradomiciliarias. La principal limitación de nuestro estudio es el reducido tamaño muestral. Se escogieron pacientes en dos ámbitos muy diferentes (hospitalización y consulta). Sin embargo, a pesar de diferencias en

algunas características clínico-demográficas (edad, BODex), no se observaron diferencias en la adecuación del tratamiento en estos grupos.

Conclusiones: Nuestros pacientes son predominantemente varones, de edad superior a 70 años, sobre todo ingresados, con un grado de obstrucción moderado y un índice de gravedad BODex elevado ($p = 0,043$). Sería deseable realizar estudios con mayor tamaño muestral. El análisis de los fenotipos permite una aproximación integral de la enfermedad consiguiéndose un tratamiento dirigido e individualizado para cada paciente. La adaptación a las nuevas recomendaciones es mejorable, siendo la adaptación a la SEPAR más ajustada a la práctica clínica diaria. El análisis de nuestros errores permite una mejor orientación a la actitud terapéutica a tomar, adaptándonos a las nuevas guías y consensos.