



<https://www.revclinesp.es>

## EP-040 - COHORTE ATEPOCA. ACTITUD TERAPÉUTICA ANTE EL PACIENTE EPOC AGUDIZADO

J. Rueda Camino<sup>1</sup>, L. Velázquez Ríos<sup>1</sup>, V. García de Viedma García<sup>1</sup>, M. Guerrero Santillán<sup>1</sup>, M. Duarte Millán<sup>1</sup>, R. Cristóbal Bilbao<sup>1</sup>, J. Curbelo García<sup>2</sup>, D. Bernal Bello<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid) <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Determinar la actitud desarrollada por los clínicos con los pacientes EPOC en situación de agudización y su concordancia con las recomendaciones de las guías GOLD.

**Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, que analiza los ingresos consecutivos de pacientes con diagnóstico de agudización de EPOC por cualquier etiología en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, entre el 19 de enero y el 18 de marzo de 2015. Se definieron variables demográficas y referentes al diagnóstico, tratamiento y comorbilidades de los pacientes. El análisis estadístico se realizó con el software Stata 13.0.

**Resultados:** Se han estudiado 100 pacientes, que generaron 113 ingresos. De ellos el 87% eran hombres, la edad media fue de  $71,69 \pm 10,1$  años, el 90,91% eran fumadores o exfumadores, con una mediana de índice paquete-año de 44 (RIC [32-50]). Por fenotipos, un 33% eran no agudizadores, un 26% agudizadores con BC, un 25% agudizadores con enfisema, un 11% tenía fenotipo mixto y un 5% fenotipo desconocido. El motivo de ingreso más frecuente fue la infección respiratoria sin condensación en la placa de tórax (65,18%), seguido de la neumonía comunitaria (20,54%), la neumonía nosocomial (8,04%), la agudización no infecciosa (4,46%) y la neumonía asociada a cuidado sanitario (1,79%). La mediana de estancia fue de 8 días (RIC [6-13,5]). El 90,27% recibió salbutamol durante la agudización, mientras que el 9,73% no recibió ningún betaagonista de acción corta (SABA). El 94,7% recibió ipratropio, un 2,65% tiotropio y un 2,65% no recibió anticolinérgicos (SAMA). En el 24,55% de los casos se administró budesonida nebulizada. El 87,61% de los pacientes recibió corticoide sistémico. La vía más frecuente de administración fue la intravenosa (94,95%), aunque el 97,98% de los pacientes toleraba la vía oral. La dosis media diaria de corticoides recibida alcanza una mediana de 57,5 mg (RIC [42,84-76,39]). El 81,82% de los pacientes recibió tratamiento durante más de 5 días. El 76,04% de los pacientes recibió una pauta descendente de esteroides al alta. Teniendo en cuenta tanto los esteroides recibidos en el ingreso como los recibidos tras el alta como pauta descendente, la mediana de dosis fue de 686 mg (RIC [425-1.000]), es decir, el 96,94% de pacientes recibieron más de 200 mg de prednisona.

**Discusión:** Las características demográficas de nuestros pacientes que ingresan por agudización de EPOC no difieren sustancialmente de lo ya publicado (predominio masculino, consumo de tabaco). El tratamiento de la agudización recomendado por la guía GOLD incluye la utilización de SABA, SAMA y corticoides sistémicos. En cuanto al tratamiento esteroideo sistémico, se recomienda la administración de 40 mg de prednisona por vía oral cada 24 horas durante cinco días, ya que la administración IV y/o a dosis mayores no

ha demostrado ser superior. Si bien en cuanto a la administración de SABA y SAMA existen pocas desviaciones con respecto a las recomendaciones de las guías, encontramos importantes diferencias entre la práctica clínica habitual de nuestro centro y las recomendaciones respecto a la administración de corticoides sistémicos, que se usan a dosis más altas, durante más días y fundamentalmente por vía intravenosa, aunque el paciente tolere la vía oral. Las causas de dicha diferencia no están claras y han de investigarse en próximas observaciones.

*Conclusiones:* La actitud clínica seguida en nuestro centro para tratar la agudización de EPOC es concordante con lo recomendado en la guía GOLD en cuanto a la administración de SABA y SAMA. Sin embargo, difiere sustancialmente de dicha guía en lo relativo al tratamiento esteroideo, lo cual debe motivar estudios dirigidos a establecer las causas de dicha diferencia así como la elaboración de protocolos ajustados a las recomendaciones, a fin de evitar el exceso de uso de corticoides en la agudización de EPOC, que puede resultar contraproducente.