



EP-049 - ESTUDIO SOBRE EL IMPACTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR UNA AGUDIZACIÓN DE LA EPOC: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

L. Pacho Millán¹, R. Boixeda I Viu¹, M. Bartolomé², M. García Caballero³, M. Moreno⁴, E. Palomera⁵ y J. Juanola⁶

¹Medicina Interna; ²ABS Mataró Centre; ³ABS Cirera Molins; ⁵Unidad de Investigación; ⁶Pneumología. Consorci Sanitari del Maresme. Mataró (Barcelona). ⁴ABS Vilassar de Dalt. ICS. Institut Català de la Salut. Vilassar de Dalt (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Primarios: conocer la prevalencia de hiperglucemia inducida por corticoides en pacientes hospitalizados por agudización de la EPOC; determinar la relación entre hiperglucemia > 200 mg/dl y factores pronósticos como mortalidad, fracaso terapéutico y reingreso a los 30 días. Secundarios: conocer los factores de riesgo para establecer medidas preventivas; conocer la implementación del protocolo insulina basal-bolo en nuestro centro; estimar la relación entre hiperglucemia y las dosis máximas de corticoides sistémicos recibidas.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo identificando pacientes de 3 ABS de la zona de referencia de nuestro hospital que requirieron hospitalización por agudización de EPOC durante un año (abril 2015-marzo 2016). Hemos excluido a los menores de 35 años y/o sin diagnóstico de EPOC confirmado espirométricamente.

Resultados: Identificamos 100 pacientes, excluyendo 22 por no cumplir criterios espirométricos, analizando un total de 78. Un 83,3% (n = 65) eran hombres, un 24,36% (n = 19) diabéticos y un 11,5% (n = 9) estaban tratados con corticoides de base. El 73,7% de los que eran diabéticos, presentaron hiperglucemia > 200 mg/dl durante el ingreso (p < 0,001) y de los que tomaban corticoides crónicos, un 66,7%. Durante la reagudización, un 96,15% (n = 75) recibieron corticoterapia sistémica. En general, un 38,7% de estos pacientes presentaron una hiperglucemia > 200 mg/dl vs el 61,3% que no la presentaron. Un 65,33% (n = 49) recibieron una dosis > 1 mg/kg/día y, de ellos, un 40,81% (n = 20) presentaron hiperglucemia. Respecto a la insulino terapia, un 24,36% (n = 19) fueron tratados con insulina basal-bolo y un 51,28% (n = 40) con insulina rápida. Un 89,5% de los pacientes que recibieron insulina basal presentaron una hiperglucemia (p < 0,001) y un 65% de los que recibieron insulina rápida (p < 0,001). La hiperglucemia no se ha relacionado con mayor reingreso a los 30 días (6,9% vs 16,3%) ni con mayor fracaso terapéutico (14,3% vs 22,4%) pero sí con mayor mortalidad al año (13,8% vs 8,2%). Hemos observado más hiperglucemias en los pacientes que presentaban un índice de Charlson \geq 3 y una EPOC grave (FEV1 postbroncodilatación < 50%). No se ha observado relación con HbA1c previa > 7 ni con un CODEX elevado.

Discusión: Se ha descrito que el uso de corticoides durante agudizaciones de EPOC pueden

exacerbar la hiperglucemia en diabéticos o provocar diabetes esteroideal, la prevalencia de la cual es 14,7%. Identificamos relación entre hiperglucemia > 200 mg/dl en y diabetes como antecedente así como con el uso de corticoterapia > 1 mg/kg/día. Un 58,6% de casos de hiperglucemia se trataron con pauta basal-bolo ($p < 0,001$) y un 89,7% se trataron con insulina rápida ($p < 0,001$). Como factores pronósticos hemos observado más mortalidad al año en este grupo. Como factores de riesgo observamos relación entre EPOC grave ($FEV1 < 50\%$) y un índice de Charlson mayor/igual a 3, pero no hemos observado relación con una diabetes peor controlada.

Conclusiones: Presentar hiperglucemia > 200 mg/dl durante el ingreso por exacerbación de EPOC se relaciona con diabetes y con dosis altas de corticoterapia sistémica, con significación estadística, debiendo realizar monitorización exhaustiva de glucemia en pacientes diabéticos y evitar tratar con dosis > 1 mg/kg/día de corticoides. Observamos tendencia a tratar con insulina rápida más que con basal, pudiéndose realizar más difusión del protocolo en nuestro centro. Parece que aquellos con EPOC grave y/o un índice de comorbilidad mayor padecen más hiperglucemia, sin diferencias estadísticamente significativas. Se podría postular que presentar hiperglucemia durante el ingreso se relaciona con mayor mortalidad al año.