



<https://www.revclinesp.es>

1640 - AGUDIZACIONES DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN MEDICINA INTERNA Y NEUMOLOGÍA, ¿TRATAMOS IGUAL A LOS PACIENTES?

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

Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.

Resumen

Objetivos: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) conlleva obstrucción del flujo de aire progresiva e irreversiblemente, causando exacerbaciones con frecuente hospitalización y empeorando el pronóstico. Proponemos analizar las características fenotípicas y el manejo terapéutico de los pacientes ingresados por agudización de EPOC en Medicina Interna (MI) y Neumología.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en MI con diagnóstico al alta de EPOC agudizado entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2022 y los ingresados en Neumología entre el 1 de enero y el 15 de julio de 2022. Se recogieron datos epidemiológicos, número de agudizaciones, tratamiento previo, durante y al alta y días de estancia. La estadística se realizó con SPSS v23. El estudio fue aprobado por el CEIm de nuestro hospital.

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes de MI con una edad media de $79,4 \pm 7,9$ años y 44 pacientes ingresados en Neumología con una edad media $68,9 \pm 7,4$ años. El grupo de Neumología presentaba mayor empleo de triple terapia previa al ingreso (70,5 vs. 60,2%), aunque el uso de tratamientos con corticoides inhalados (ICS) fue similar en ambos grupos (72,8 vs. 74,7%). No hubo diferencias por agudización en contexto de neumonía, siendo el empleo de antibioterapia similar. La dosis media de prednisona en MI fue $60,4 \pm 36,2$ mg/d frente a $62,4 \pm 25$ mg/d. Se empleó con mayor frecuencia pautas descendentes en Neumología (81,8 vs. 40,2%), pero el uso de mucolíticos fue superior en MI (74,7 vs. 34,1%). La estancia media fue inferior en MI ($7 \pm 5,4$ vs. $8,9 \pm 7$ días). Al alta los pacientes de Neumología recibieron con mayor frecuencia triple terapia (93 vs. 67,9%) y pautas descendentes de corticoides sistémicos (71,1 vs. 68,3%), mientras que los pacientes de MI recibieron con mayor frecuencia mucolíticos (52,6 vs. 9,3%).

Interna (N = 83)	Neumología (N = 44)
-------------------------	----------------------------

Sexo (varón)	75 (90,4%)	31 (70,5%)	p 0,004
---------------------	-------------------	-------------------	----------------

Edad media (años)	$79,4 \pm 7,9$	$68,9 \pm 7,4$	p 0,001
EPOC diagnosticado hace más de 10 años	50 (60,2%)	16 (36,4%)	p 0,01
Agudizaciones graves año previo	32 (38,6%)	25 (56,8%)	p 0,05
Nº medio exacerbaciones graves	$0,6 \pm 0,9$	$1,2 \pm 1,3$	p 0,004
EPOC alto riesgo	68 (81,9%)	41 (93,2%)	

Discusión: El síndrome de agudización de EPOC constituye un episodio de inestabilidad clínica que cuando condiciona un ingreso hospitalario se relaciona con un aumento de la mortalidad y futuros ingresos. Por este motivo es muy importante adaptar el tratamiento acorde a las guías de práctica clínica. En nuestro trabajo sin embargo apreciamos diferencias importantes entre el manejo terapéutico en función del servicio de ingreso, con un uso excesivo de corticoides sistémicos en ambos servicios (por encima de las indicaciones en guías clínicas), así como de mucolíticos en el grupo de pacientes de MI. Además previo al ingreso encontramos también una sobreutilización de corticoides inhalados y cierta inercia posterior en cuanto al mantenimiento de la terapia broncodilatadora previa al ingreso. En cuanto a las diferencias apreciadas sobre la estancia media, posiblemente se deba al sesgo de haber recogido también a los pacientes de la Unidad de Corta Estancia (UCE) de Medicina Interna.

Conclusiones: 1. El uso de corticoides sistémicos en las agudizaciones de EPOC es muy elevado, tanto en cantidad como en duración, en Medicina Interna y Neumología.

2. El uso de corticoides inhalados previo al ingreso hospitalario también es muy elevado. Posiblemente en parte, en los ingresados en Neumología se justifique por el mayor número de exacerbaciones anuales previas.

Bibliografía

1. Soler-Cataluña JJ, Piñera P, Trigueros JA, *et al.* Spanish COPD Guidelines (GesEPOC) 2021 Update Diagnosis and Treatment of COPD Exacerbation Syndrome. Arch Bronconeumol. 2022;58:159-70. doi:10.1016/j.arbres.2021.05.011.
2. Halpin DM, Miravitles M, Metzdorf N, *et al.* Impact and prevention of severe exacerbations of COPD: a review of the evidence. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2017;12:2891-908. doi:10.2147/COPD.S139470
3. Miravitles M, Calle M, Molina J, *et al.* Spanish COPD Guidelines (GesEPOC) 2021: Updated Pharmacological treatment of stable COPD. Arch Bronconeumol. 2022;58:69-81. doi:10.1016/j.arbres.2021.03.005