Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):201

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

EP-023 - PREVALENCIA DE OBSTRUCCIÓN PULMONAR MEDIDA POR EL ÍNDICE FEV1/FEV6 EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS HOSPITALIZADOS

E. Acosta Francisco, S. Yun Viladomat, K. Shakeel, L. Simón Pascua, A. San Gil Betriu, M. Mariné Guillem, M. Obradors López, P. Almagro Mena

Medicina Interna. Unidad del Paciente Crónico Complejo. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Terrassa (Barcelona).

Resumen

*Objetivos:*La prevalencia de obstrucción pulmonar aumenta con la edad y la comorbilidad. Aunque algunos autores han propuesto utilizar el límite inferior de la normalidad para el diagnóstico de obstrucción, la normativa de la Global Obstructive Lung Disease (GOLD) sigue considerando para su diagnóstico el índice fijo FEV1/FVC 0,7. Sin embargo, no todos los pacientes ancianos y con comorbilidad son capaces de realizar unas maniobras espiratorias completas, por lo que en los últimos años se ha propuesto sustituir la FVC por el FEV6 al ser de más fácil medición. Nuestro objetivo es valorar la prevalencia de obstrucción pulmonar, mediante el FEV1/FEV6 y valorar qué porcentaje de pacientes pluripatológicos pueden realizar las maniobras y en caso contrario determinar que variables se asocian a la imposibilidad de completar las maniobras.

*Material y métodos:*Se seleccionaron prospectivamente pacientes hospitalizados en la Unidad del Paciente Crónico Complejo de nuestro centro. En todos los pacientes se pasó un cuestionario estandarizado que incluía variables clínicas, funcionales y de deterioro cognitivo. El último día de ingreso se le ofreció al paciente realizar 3 maniobras de medición del FEV1/FEV6, mediante los aparatos PIKO-6 o COPD-6, seleccionándose la mejor de ellas. En caso de no poder realizarlas se anotó el motivo principal.

*Resultados:*Se estudiaron 111 pacientes, de los cuales 55 (49,5%) no pudieron realizar las 3 maniobras requeridas. El motivo para no completar las maniobras fue en 55,6% demencia, en 27,8% incapacidad funcional y por otros motivos en 16,7%. Los enfermos que no pudieron realizar la prueba tenían peor Barthel [76(24) vs 40,5 (36)], Pfeiffer [1,1 (1,7) vs 5,6 (4,1)], Mini Mental 35 [29 (7) vs 18,6 (12)] y Profund [6,7 (5) vs 14 (5,6)], sin diferencias en la edad, Charlson o sexo. Los pacientes que no pudieron realizar el FEV1/FEV6 tuvieron mayor mortalidad durante el seguimiento (p 0,002; HR 4,64; IC95%: 1,7-12,5). Esta significación se mantuvo tras su ajuste en un modelo multivariante de regresión logística de Cox que incluía la edad, Barthel y Pfeiffer.

*Discusión:*De los 56 pacientes en los que se pudo obtener el FEV1/FEV6, 31 (55,3%) habían sido diagnosticados previamente de EPOC, de los cuales en 22 constaba una espirometría, 4 de ellas no compatibles con obstrucción. La prevalencia de obstrucción para un punto de corte del FEV1/FEV6 0,75 fue del 62,5% (35 pacientes). Utilizando este punto de corte la sensibilidad fue del 0,87 y la especificidad del 0,75. La prevalencia aumentaba al 78% utilizando 0,8 como criterio de obstrucción con una sensibilidad del 94%. El uso del FEV1/FEV6 permitió un diagnóstico de obstrucción pulmonar en pacientes no catalogados previamente de entre el 30 y el 37,5% para los puntos de corte 0,75 y 0,8 respectivamente.

Conclusiones: Aproximadamente la mitad de los pacientes en nuestro estudio no pudieron realizar unas maniobras válidas para medir el FEV1/FEV6, la presencia de deterioro cognitivo y funcional se relacionaron con la imposibilidad de completar la prueba. Estos pacientes tuvieron mayor mortalidad durante el reingreso incluso después de ajustar por edad, Barthel y Pfeiffer. En los pacientes en que se pudieron obtener unas maniobras válidas la prevalencia de obstrucción pulmonar es alta, con una elevada frecuencia de infradiagnóstico de obstrucción pulmonar.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.