



EPOC: TRANSFORMACIÓN A AGUDIZADOR ¿A QUÉ SE DEBE?

AUTORES: Mario Ruiz Núñez (1), Roberto Garrastazu López (2), Sandra Arenal Barquín (3), Jose Manuel Helguera Quevedo (4), Cristina Bonnardeaux Chardburn (5), Carlos León Rodríguez (3)
1- Médico de familia. SUAP Miera; 2- Médico de familia. SUAP GAMA . 3- Médico de Familia. SUAP Suances. 4- Médico de familia. SUAP Bajo Asón. 5- Médico de familia. SUAP Mataporquera

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con EPOC pueden ser catalogados como agudizadores frecuentes o infrecuentes, dependiendo del número de agudizaciones el año previo. La mayoría de los pacientes permanecen estables en uno u en otro fenotipo año tras año. La cohorte ECLIPSE no encontró variables fuertemente predictivas de cambio de fenotipo en base a las agudizaciones.

METODOLOGÍA

Estudio de cohortes retrospectivo. A partir de la base de datos poblacional OMI-AP, se identificaron 900 pacientes con EPOC confirmado a 01/01/2012. El cambio de fenotipo agudizador fue tratado como variable dependiente. Como principales variables independientes se cuantificaron las agudizaciones el año previo, el estadio GOLD en base al FEV1, así como la edad y el sexo, calculándose Odds Ratios ajustadas (ORa) juntos con sus Intervalos de Confianza al 95% (IC95%).

RESULTADOS

La mayoría de los pacientes presentó estabilidad en el perfil agudizador durante el año de seguimiento. El 71,6% de los pacientes no experimentó cambio en su perfil agudizador durante el año de seguimiento. El 28,4% sí cambió de fenotipo. De los 563 pacientes agudizadores infrecuentes durante 2011, 438 (77,8%) continuaron siendo agudizadores infrecuentes durante 2012. Asimismo, de los 337 pacientes agudizadores frecuentes durante 2011, 207 (61,4%) continuó siendo agudizador frecuente durante 2012.

Por el contrario, un porcentaje no despreciable de pacientes cambió de perfil agudizador durante el siguiente año. De los 563 pacientes agudizadores infrecuentes durante 2011, 125 (22,2%) se comportaron como agudizadores frecuentes durante 2012. El factor que mejor predijo el cambio de fenotipo agudizador infrecuente a agudizador frecuente fue la presencia de una agudización el año previo (ORa=1,86). El FEV1 se mostró predictor de cambio en los grados grave y muy grave (ORa 1,84 y 3,60). El resto de parámetros clínicos y de comorbilidad estudiados, no han sido buenos predictores de cambio (Tablas 1 y 2).

CONCLUSIONES

- La mayoría de los pacientes no experimentaron cambio en su perfil de agudizaciones durante el año de seguimiento.
- El experimentar una agudización moderada el año previo y tener un FEV1 grave o muy grave fueron las variables más predictivas de cambio de fenotipo agudizador infrecuente a agudizador frecuente

Tabla 1 Odds Ratios (OR) crudas y ajustadas en función de factores de riesgo clínicos para el riesgo de empeorar de fenotipo exacerbador al año siguiente (2012).

	Permanecieron como infrecuente N=438	Cambiaron a frecuente N=125	ORc	(CI 95%)	Ora	(CI 95%)
Exacerbaciones totales 2011^a						
Ninguna	275	50	1	--	1	--
Una exacerbación(1)	163	75	2,53	1,69 3,80	1,86	1,17 2,95
Perdidos	0	0				
Total	438	125				
Exacerbaciones graves (Ingreso hospitalario por exacerbación EPOC) 2011^a						
Ningún ingreso por EPOC	418	113	1	--	1	--
Un Ingreso por EPOC	20	12	2,22	1,05 4,68	1,64	0,73 3,68
Perdidos	0	0				
Total	438	125				
FEV1^b						
FEV1 — rangos en descensos de 5%						
FEV1 Leve	44	9	1,04	0,97 1,12	1,03	0,96 1,11
FEV1 (1) Mod	196	69	1,73	1,01 2,96	1,64	0,93 2,88
FEV1 (2) Grave	79	23	1,87	1,05 3,34	1,84	1,00 3,38
FEV1 (3) Muy grave	5	3	3,86	1,50 9,93	3,60	1,37 9,44
Perdidos	114	21				
Total	438	125				

^aExacerbaciones: ajustadas por Edad, Sexo, FUMADOR, FEV1_REC
^bFEV1: ajustado por sexo, edad y fumador

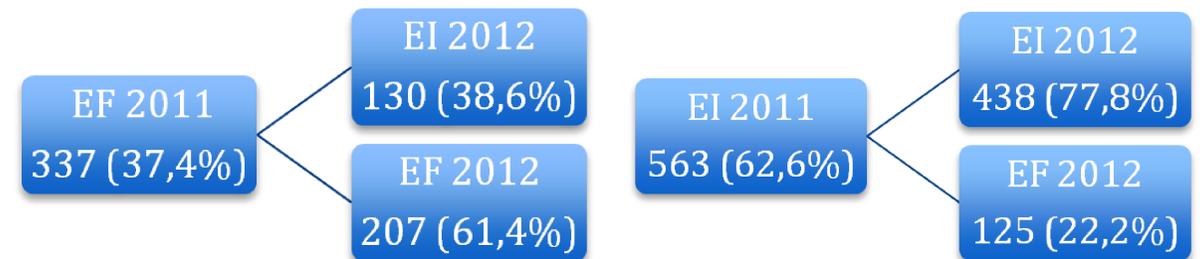


Table 2. Ods Ratio (OR) crudas y ajustadas en función de la presencia de comorbilidades para el riesgo de ser exacerbador al año siguiente (2012).

	Permanecieron como infrecuente N=438	Cambiaron a frecuente N=125	Orc (CI 95%)				ORa ^c (CI 95%)	
			Orc	(CI 95%)	ORa ^c	(CI 95%)		
Comorbilidades								
No comorbilidades	84	14	1	--	1	--		
Al menos 1 comorbilidad	354	111	1,88	1,03 3,44	1,22	0,58 2,54		
Fibrilación auricular								
No	376	90	1	--	1	--		
Si	62	35	2,36	1,47 3,79	1,63	0,93 2,87		
Cardiopatía isquémica								
No	380	101	1	--	1	--		
Si	58	24	1,56	0,92 2,63	1,19	0,65 2,15		
Insuficiencia cardíaca								
No	375	95	1	--	1	--		
Si	63	30	1,88	1,15 3,07	1,51	0,85 2,69		
Cualquier enfermedad cardíaca grave								
No	298	65	1	--	1	--		
Si	140	60	1,97	1,31 2,94	1,45	0,89 2,37		
HTA^a								
No	195	47	1	--	1	--		
Si	243	78	1,33	0,89 2,00	0,96	0,59 1,57		
Diabetes								
No	332	86	1	--	1	--		
Si	106	39	1,42	0,92 2,20	1,30	0,78 2,14		
Osteoporosis								
No	414	112	1	--	1	--		
Si	24	13	2,00	0,99 4,06	2,12	0,87 5,14		
Antecedentes psiquiátricos								
No	300	90	1	--	1	--		
Si	138	35	0,85	0,55 1,31	1,04	0,62 1,74		
Cáncer de Pulmón								
No	420	119	1	--	1	--		
Si	18	6	1,18	0,46 3,03	0,92	0,31 2,72		
Síndrome metabólico								
No	412	117	1	--	1	--		
Si	26	8	1,08	0,48 2,46	1,20	0,50 2,87		

^aHTA: Hipertensión arterial

^bSíndrome metabólico: HTA+Diabetes+Obesidad+Uso de estatinas

^cAjustado por edad, sexo, hábito tabáquico, FEV1 y ser exacerbador en 2011.

BIBLIOGRAFÍA

1. GESEPOC. Grupo de Trabajo de GesEPOC. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Arch Bronconeumol. 2012;48(Supl 1):2-58.
2. Hurst JR, et al. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2010, 363:1128–1138.Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen W-H, Kline Leidy N. Development and first validation of the COPD Assessment Test. Eur Respir J. 2009;34:648-54.
3. Miravittles M, Ferrer M, Pont A, et al. Effect of exacerbations on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A 2 year follow up study. Thorax. 2004;59(5):387–395.
4. Müllerova H, et al. Hospitalized Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Risk Factors and Outcomes in the ECLIPSE Cohort. Unedited version of CHEST. Consultado en Octubre de 2014 en <http://journal.publications.chestnet.org/>