



RIESGO DE CRISIS EN PACIENTES EPOC

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 Y OBJETIVOS

La cohorte ECLIPSE, ha presentado los primeros resultados de factores asociados con el riesgo de exacerbación en EPOC. El presente estudio muestra los resultados de la cohorte Acinar-EPOC, obtenida a partir de datos poblacionales mediante un muestreo aleatorio simple. Además de ser una cohorte representativa de la población general, esta cohorte incluye a pacientes EPOC con estadio GOLD I, no incluidos en la cohorte ECLIPSE.

MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo. A partir de la base de datos poblacional OMI-AP, se identificaron 900 pacientes con EPOC confirmado a 31/12/2011. Las agudizaciones totales (moderadas y graves) durante el año 2012 fueron tratadas 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

Por cada agudización en el 2011, el riesgo de ser agudizador en 2012 fue 1,76 mayor. Las agudizaciones en los últimos 4 años (ORa 1,20), o en los tres años anteriores 2008-2010 (ORa 1,19), no fueron más predictivas. Se observó asimismo un claro patrón dosis respuesta (p trend $<0,001$) cuando la variable se categorizó ordinalmente en 0, 1 \geq 2 agudizaciones el año previo. Por último atendiendo a la clasificación clásica de fenotipo agudizador (≥ 2 agudizaciones en 2011) / (≤ 1) se obtuvo una ORa 4,97; IC95% (3,54-6,97). Al restringir a agudizaciones graves (que requirieron ingreso hospitalario), se obtuvo asimismo un patrón dosis respuesta (p trend $<0,001$) pero las asociaciones fueron menores, que para cualquier tipo de agudizaciones (ORa ≥ 2 Ingreso por EPOC 2011=3,35; IC95% (1,75-6,41). En cuanto a la gravedad respecto al FEV1 (Gold), se observó un patrón dosis respuesta significativo tanto en crudo como tras ajustar por edad, sexo, y tabaquismo (p trend ajustada $<0,001$); ORa FEV1 muy grave=3,60; IC95% (1,37-9,44). No obstante, un 28% de los FEV1 leves (categoría Gold I) fueron exacerbadores frecuentes en 2012.

CONCLUSIONES

1. Coincidiendo con el estudio ECLIPSE, de todos los FR individuales estudiados, el ser exacerbador el año anterior, fue el más predictivo de exacerbaciones al año siguiente. Por cada exacerbación, el riesgo aumentó con un claro patrón dosis respuesta.
2. La gravedad respecto al FEV1 (Gold), sería asimismo un predictor del riesgo de agudizaciones al año siguiente, si bien casi un 30% de los FEV1 leves (categoría Gold I) fueron exacerbadores frecuentes en 2012.

Tabla 1. Odds Ratios (OR) crudas y ajustadas en función de factores de riesgo clínicos para el riesgo de "ser exacerbador" al año siguiente (2012), en la cohorte EPOC-Cantabria.

	No Exacerbador N=568	Exacerbador N=332	ORc	(CI 95%)	ORa	(CI 95%)
Exacerbaciones totales 2011^a						
NºdeExacerAño11 (continua)	--	--	1,85	1,66 2,06	1,76	1,56 2,00
NºdeExacer4Años (continua)	--	--	1,24	1,19 1,30	1,20	1,15 1,26
NºdeExacer2008/10 (continua)	--	--	1,26	1,20 1,32	1,19	1,13 1,26
No exacerbadores(<2)	438	125	1	--	1	--
Exacerbadores (≥ 2)	130	207	5,58	4,15 7,50	4,97	3,54 6,97
Ninguna	275	50	1	--	1	--
Una exacerbación(1)	163	76	2,53	1,69 3,80	1,86	1,18 2,95
Dos o más exacerbaciones(≥ 2)	130	207	8,76	6,03 12,71	6,77	4,45 10,28
<i>p</i> tendencia lineal				$<0,001$		$<0,001$
Exacerbaciones graves (Ingreso hospitalario por exacerbación EPOC) 2011^a						
NºIngresos(continua)	--	--	1,91	1,53 2,38	1,13	0,93 1,37
Ningún ingreso por EPOC	497	233	1	--	1	--
Algún Ingreso por EPOC	71	99	2,97	2,11 4,19	2,13	1,45 3,14
Ningún Ingreso por EPOC	497	233	1	--	1	--
Un ingreso por EPOC(1)	54	61	2,41	1,62 3,59	1,75	1,12 2,72
Dos o más ingresos por EPOC(≥ 2)	17	38	4,77	2,64 8,63	3,35	1,75 6,41
<i>p</i> tendencia lineal				$<0,001$		$<0,001$
FEV1^b						
FEV1 Leve	54	21	1	--	1	--
FEV1 (1) Mod	259	174	1,73	1,01 2,96	1,64	0,93 2,88
FEV1 (2) Grave	110	80	1,87	1,05 3,34	1,84	1,00 3,38
FEV1 (3) Muy grave	10	15	3,86	1,50 9,93	3,60	1,37 9,44
<i>p</i> tendencia lineal				0,01		$<0,001$

ORc = Odds Ratio cruda. ORa = Odds Ratio ajustada.

^a Exacerbaciones: ajustadas por Edad, Sexo, estatus Fumador, y estadio GOLD (FEV1)

^b FEV1: ajustado por sexo, edad y fumador

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/>.