

EPOC Y PATOLOGÍA RESPIRATORIA

EP-03. IMPACTO PRONÓSTICO DE LA ADECUACIÓN AL TRATAMIENTO DE LAS EXACERBACIONES DE EPOC

L. Giménez-Miranda¹, A. Portolés-Callejón¹, R. López-Alfaro¹, M. López-Ríos¹, F. Moreno-Verdejo¹, J. Varela-Aguilar¹, E. Calderón-Sandubete¹, F. Medrano-Ortega¹
¹Medicina Interna. CIBEResp. HUVR. Sevilla.

OBJETIVOS: Las exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son causa frecuente de ingreso hospitalario. Las guías de práctica clínica (GPC) más utilizadas (GOLD y GesEPOC) incluyen recomendaciones para su tratamiento. El objetivo de nuestro estudio es evaluar el impacto que la adecuación del tratamiento a GPC provoca sobre el pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño: estudio observacional retrospectivo. Población: pacientes ingresados en el HUVR desde enero de 2015 por exacerbación de EPOC (CIE-9-MC 491,84 y 518,84), hasta completar el tamaño muestral precalculado (n =106). Variables: edad, sexo, comorbilidad (Charlson), servicio de alta, tratamiento con β-2 agonistas de acción corta (SABA), corticoides, antibioterapia, criterios de Anthonisen, adecuación a las recomendaciones de tratamiento y adecuación global a GOLD y GesEPOC, reingresos por exacerbación a los tres meses y al año y mortalidad intrahospitalaria, a los tres meses y al año. Análisis descriptivo de la adecuación por servicio de ingreso. Análisis bivariable y multivariante para calcular el impacto en reingresos y mortalidad de dicha adecuación. Desarrollo de modelos predictivos para las variables que presentan mayor relación con el pronóstico.

RESULTADOS: 106 pacientes; 81,5% varones; 61,1% ingresó en Medicina Interna y 38,9% en Neumología. Edad 71,5 ± 11,7 años. No diferencias significativas por servicio en adecuación (tabla 1). El análisis bivariable que relaciona adecuación con la evolución clínica (reingresos y mortalidad) en la tabla 2. Mediante análisis multivariante se desarrollaron cuatro modelos predictivos para cada una de las variables pronóstico (reingreso al año, mortalidad intrahospitalaria, a los 3 meses y al año) teniendo en cuenta la adecuación al tratamiento esteroideo (variable que más se relacionó con el pronóstico en el análisis bivariable) y otras variables que han demostrado tener valor pronóstico en estudios previos (edad e índice de Charlson y servicio de alta). Los modelos predictivos mostraron un área bajo la curva media entre 0,64 y 0,73 (figura 1).

En la tabla adjunta como imagen se muestran los resultados antes y después de la intervención formativa donde se le explica el correcto uso del inhalador.

CONCLUSIONES: El uso adecuado de corticoides se asocia a una reducción de la mortalidad y reingresos a medio plazo. La adherencia al resto de las recomendaciones terapéuticas no tiene, en nuestro estudio, impacto sobre la evolución clínica.

Tabla 1: Adecuación a las recomendaciones de las GPC sobre el tratamiento en las exacerbaciones de EPOC

Variables de adecuación, n (%)	Total (n=108)	Medicina Interna (n=66)	Neumología (n=42)	p*
Adecuación SABA (GesEPOC y GOLD)	43 (41,3%)	24 (38,7%)	19 (45,2%)	0,507
Adecuación antibioterapia (GOLD)	65 (63,1%)	37 (59,7%)	28 (68,3%)	0,375
Adecuación antibioterapia (GesEPOC)	77 (74,8%)	43 (69,4%)	34 (82,9%)	0,187
Adecuación corticoterapia (GOLD)	98 (90,7%)	58 (87,9%)	40 (95,2%)	0,310
Adecuación corticoterapia (GesEPOC)	91 (84,3%)	55 (83,3%)	36 (85,7%)	0,952
Adecuación global (GOLD)	29 (26,9%)	17 (25,8%)	12 (28,6%)	0,748
Adecuación global (GesEPOC)	31 (28,7%)	18 (27,3%)	13 (31%)	0,680

*Test de Chi cuadrado y/o test de Fisher; SABA: Short action β₂-agonists (β₂-agonistas de corta acción)

Tabla 1.

Tabla 2: Análisis bivariado del impacto de las recomendaciones de las GPC sobre la evolución clínica (mortalidad y reingresos) en los pacientes evaluados

Adecuación	Reingresos			Mortalidad			
	<3meses	3meses-1año	<1 año	Intra-hospital	<3meses	3m-1año	<1año
Adecuación SABA (GesEPOC y GOLD)	0,300	0,932	0,231	0,869	0,475	0,325	0,159
Adecuación antibioterapia (GOLD)	0,371	0,580	0,889	0,367	0,846	0,485	0,770
Adecuación antibioterapia (GesEPOC)	0,695	0,274	0,396	0,880	0,627	0,682	0,826
Adecuación corticoterapia (GOLD)	0,145	0,277	0,041*	0,004*	0,036*	0,949	0,142
Adecuación corticoterapia (GesEPOC)	0,572	0,017*	0,070	0,055	0,104	0,585	0,559
Adecuación global (GOLD)	0,817	0,467	0,935	0,535	0,599	0,450	0,310
Adecuación global (GesEPOC)	0,895	0,173	0,682	0,758	0,416	0,464	0,230

*Test de Chi cuadrado y/o test de Fisher; SABA: Short action β₂-agonists (β₂-agonistas de corta acción)

Tabla 2.

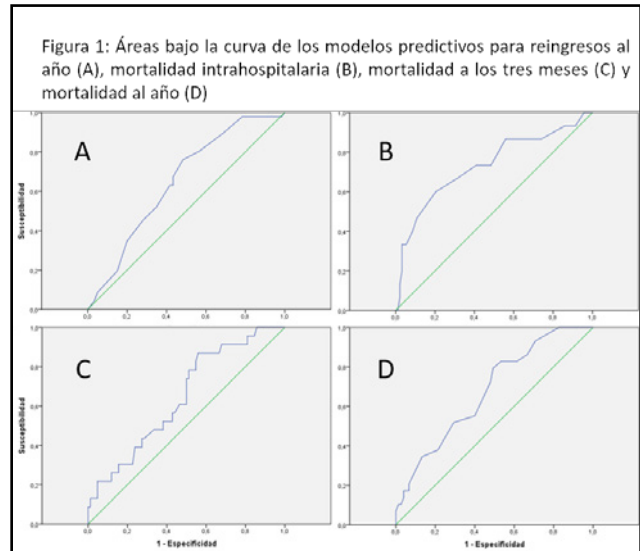


Tabla 3.

EP-04. CORTICOIDES SISTÉMICOS EN EXACERBACIONES EPOC Y SU IMPACTO EN EL METABOLISMO HIDROCARBONADO

M. López Ríos¹, A. Portolés Callejón¹, F. Moreno Verdejo¹, R. López Alfaro¹, L. Giménez Miranda¹, J. Varela Aguilar¹, F. Medrano Ortega¹

¹Servicio de Medicina Interna - UCAMI y CIBERESP. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

• LEUPPI ET AL. En: JAMA 2013; 21; 2223-2231

OBJETIVOS: El uso de corticoides sistémicos en exacerbaciones EPOC es una recomendación de las guías GOLD y GesEPOC, aunque existe cierta variabilidad respecto a dosis y duración del tratamiento. Las alteraciones en el metabolismo hidrocarbonado son efectos indeseable frecuentes en pacientes en tratamiento con esteroides sistémicos, aunque su impacto en EPOC es escasamente conocido. El objetivo de este estudio ha sido conocer la frecuencia y características de estas alteraciones asociadas al uso de esteroides sistémicos por exacerbaciones graves de la EPOC.

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño: estudio observacional retrospectivo. Población: 108 pacientes ingresados consecutivamente en el HUVR desde enero de 2015 con diagnóstico principal de exacerbación EPOC (CIE-9-MC 491.84/518.84) identificados del CMBD local, hasta completar el tamaño muestral precalculado (n=107). Variables:(1)Servicio de alta (Medicina Interna o Neumología). (2)Uso de corticoides (fármaco, dosis y días); (3)Adecuación a recomendaciones(R) específicas sobre tratamiento esteroideo:R1(corticoides sistémicos o inhalados según GOLD-2014); R2(corticoides sistémicos según GesEPOC-2012/14), R3(corticoides sistémicos 40-60mg prednisona 5-10días, GOLD-2014 y GesEPOC 2012/4);

(4) Tipo de alteración metabólica: A. Diabetes esteroidea de novo; B. descompensación hiperglucémica simple (glucemia basal > 200mg/dl sin cetoacidosis o síndrome hiperglucémico hiperosmolar); C. cetoacidosis diabética; D. síndrome hiperglucémico-hiperosmolar.

RESULTADOS: El 84,7% de pacientes recibieron esteroides sistémicos y 6,4% esteroides inhalados. La dosis media de sistémicos fue 80,4±55,9mg de prednisona/día y la duración media 5,3 ± 5,7días. La adecuación respecto al uso fue del 90,7% para R1(GOLD) y del 84,3% para R2(GesEPOC) y, en cuanto a dosis y duración, del 4,6% para R3(GOLD y GesEPOC). En total, 42(39,3%) presentó durante el ingreso una alteración del metabolismo hidrocarbonado; por desarrollo de diabetes esteroidea de novo(25,5%) o por descompensación hiperglucémica simple no cetósica(21,5%). Ninguno presentó cetoacidosis diabética ni síndrome hiperglucémico-hiperosmolar.

DISCUSIÓN: La frecuencia de alteraciones del metabolismo hidrocarbonado observada es similar a la observada en los escasos estudios realizados previamente. Sin que se observe relación entre duración y tasa de complicaciones hiperglucémicas.

CONCLUSIONES: (1) Actualmente en nuestro medio se utilizan dosis de corticoides más elevadas a las recomendadas por guías. (2) Existe una elevada frecuencia de alteraciones en el metabolismo hidrocarbonado debido al uso de corticoides en agudizaciones EPOC. Habría que optimizar el tratamiento con estos fármacos.

EP-05. COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN PACIENTES CON EPOC

F. Moreno-Verdejo¹, S. Gutiérrez Rivero¹, L. Giménez Miranda¹, R. López Alfaro¹, E. Márquez², V. Friaza³, C. de la Horra³, E. Calderón Sandubete³

¹Medicina Interna, Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

²Neumología. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

³Medicina Interna. Instituto de Biomedicina de Sevilla, Hospital Universitario Virgen del Rocío/ CSIC/Universidad de Sevilla, and CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Sevilla.

- VIDAL S, DE LA HORRA C, MARTÍN J, MONTES-CANO MA, RODRÍGUEZ E, RESPALDIZA N, CALDERÓN. Pneumocystis jirovecii colonisation in patients with interstitial lung disease. En: *Clin Microbiol Infect.* EJ (2006) 12, pp. 231–235.

OBJETIVOS: La colonización por Pneumocystis en los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se ha asociado a un aumento en la respuesta inflamatoria local y sistémica. Sin embargo, no existen estudios sobre la evolución temporal de dicha colonización. **OBJETIVO:** conocer la dinámica de la colonización por P. jirovecii en sujetos con EPOC.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron 52 pacientes con EPOC revisados al menos dos veces en la Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias del Hospital Universitario Virgen del Rocío. La identificación de la colonización por P. jirovecii se realizó en muestras de esputo empleando PCR- anidada para el gen mtLSUrRNA. Los niveles de citoquinas sangre se determinaron usando técnicas comerciales de ELISA.

RESULTADOS: La edad media de los pacientes fue de 71,4±9,4 años (94% varones). El 13,5% eran fumadores en activo. La prevalencia de colonización por P. jirovecii en la primera visita fue del 42,3 %. De los 22 pacientes inicialmente colonizados por P. jirovecii, 10 (45,4%) permanecían colonizados entre 4 y 6 meses después, mientras que 12 pacientes eliminaron dicha colonización. De los pacientes inicialmente negativos se colonizaron 11 (36,6%) y 19 permanecieron sin colonización. La presencia

de colonización por Pneumocystis se asoció a un aumento de niveles de IL-8 (21,06±12,6 vs 11,33±7,19pg/ml; p<0,001) y de IL-6 (20,32±18,86 vs 9,7±9,83pg/ml; p=0,001).

Se observó una diferencia significativa en los niveles de IL-8 (p=0,16) entre los pacientes que permanecían colonizados respecto a los que no lo estuvieron en ningún momento, pero no en los niveles de IL-6 (p=0,14) y TNF (p=0,15). Por otra parte, se observó un aumento de IL-8 (p=0,02) e IL-6 (p=0,46) en el grupo de pacientes que eliminaban la colonización respecto a los que la adquirían.

CONCLUSIONES: La colonización por Pneumocystis en los pacientes con EPOC es un proceso dinámico, probablemente con ciclos de exposición-eliminación-reinfección que se asocian con incrementos en la respuesta inflamatoria.

GESTIÓN CLÍNICA Y ASPECTOS SOCIALES DE LA MEDICINA

G-01. LA RELEVANCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Medina Duque¹, A. Rivera Sequeiros¹, M. Ruiz Romero¹, M. Martínez Risquetz¹, M. Angulo García¹

¹Trabajo Social. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

- ITUARTE A. Trabajo social clínico en el contexto sanitario: teoría y práctica. En: *Trabajo social y salud.* 2011; 68; 303-323.

OBJETIVOS: Valorar la percepción de los médicos internistas sobre los beneficios del trabajo social (TS) según el modelo de gestión utilizado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos realizado encuestas online a médicos internistas de 6 hospitales de Andalucía a través de sus jefes de servicio. Cinco de ellos presentan un modelo de gestión tradicional donde la TS constituye un servicio más del centro al que recurrir, mientras que en nuestro modelo asistencial la TS y el internista participan juntos en las sesiones clínicas del servicio diarias, comparten asignación de pacientes por zona básica de salud, la historia social está integrada en la médica y tienen los despachos ubicados en la misma planta facilitando la accesibilidad. Se recogieron datos sociodemográficos. La percepción del médico se valoró mediante un cuestionario de 16 ítem (liker 1-5) incluyendo preguntas sobre la relevancia del TS.

RESULTADOS: Contestaron 35 internistas siendo el 57% de nuestro centro, el 54,3% mujeres, con una edad media de 45 años y 15 de media de ejercicio profesional. En nuestro modelo asistencial el 100% de los internistas conocen a los TS y consideran totalmente necesaria su presencia en las sesiones clínicas diarias frente al 42,8% de los que trabajan con el modelo tradicional. Otros aspectos beneficiosos percibidos de forma dispar en más de un 30% entre nuestro centro y el resto fueron la mejor identificación de problemática social, el mayor conocimiento del médico sobre la situación socio-familiar del paciente, y la disminución de la estancia media y reingreso.

DISCUSIÓN: Los resultados reflejan que la inclusión del TS en el trabajo diario del internista, aporta una mayor accesibilidad, mejor información y coordinación modificando sustancialmente su opinión sobre los beneficios del TS. Un análisis más profundo es aconsejable.

CONCLUSIONES: Este nuevo modelo de gestión garantiza la atención integral del paciente a través de una