



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/1958 - EL PACIENTE CON EPOC AGUDIZADOR: CUÁNTOS SON Y CÓMO SON

J. López de la Iglesia<sup>a</sup>, M.L. Flores Zurutuza<sup>b</sup>, J.C. Naveiro Rilo<sup>c</sup>, S. Fernández Cordero<sup>d</sup>, B. Mesonero Herrero<sup>e</sup>, M.B. Hernández Humanes<sup>d</sup>, J. Bajo Sánchez<sup>e</sup>, S. Díaz García<sup>a</sup>, A.M. Redondo Astorga<sup>a</sup> y R. Rodríguez Valladares<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Condasa. León. <sup>b</sup>Médico de Familia. Área de León. <sup>c</sup>Especialista en Salud Pública. Técnico en Salud. GAP León. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Eras de Renueva. León. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Valencia de Don Juan. León.

### Resumen

**Objetivos:** Los pacientes con EPOC con fenotipo agudizador tienen mayor deterioro funcional, peor calidad de vida y aumento de mortalidad. La frecuencia de las agudizaciones está claramente infraestimada. Sería muy interesante conocer los factores de riesgo del paciente agudizador para identificarlos de forma precoz, y poder beneficiarse del tratamiento. **Objetivos:** estimar la prevalencia y definir el perfil clínico del paciente agudizador.

**Metodología:** Selección aleatoria de 547 enfermos de un registro de 5522 con EPOC pertenecientes a 117 médicos de atención primaria. Variables: demográficas, clínicas, espirométricas, de frecuentación a instituciones sanitarias. Se consideró paciente agudizador aquel que sufrió al menos en el último año una agudización grave (ingreso por EPOC) o  $\geq 2$  moderadas (necesitó antibióticos y/o corticoides sistémicos, separadas entre sí más de 4 semanas). Fuente de datos: Entrevista personal e historia clínica. Análisis: Se estiman proporciones con intervalos de confianza. Se realiza un análisis de regresión logística para identificar las variables asociadas al paciente agudizar, las variables introducidas en el modelo fueron las que tenía una significación estadística  $p < 0,1$ , en el análisis bivariable.

**Resultados:** Se consigue estudiar 454 enfermos redefinidos como EPOC tras realizar 542 espirometrías (el 21,3% no se consideró EPOC). La prevalencia de pacientes con agudizaciones fue del 28,4% (IC95%: 24,2-32,7), notificándose 0,9 agudizaciones/paciente-año. Son enfermos con más años de evolución, más fumadores (47,2 contra 40,9 paquetes/año), mayor comorbilidad, peor función pulmonar (FEV1 57,7-67,5%,  $p < 0,001$ ), peor calidad de vida y más consumidores de recursos sanitarios (consultas médico AP, urgencias primaria y hospital:  $p < 0,001$ ). Las variables independientes que permanecen en el modelo tras el ajuste son: un FEV1  $< 50\%$  con respecto al valor de referencia, mayor número de fármacos consumidos para EPOC (3,7-2,1), más de 20 puntos en el índice de CAT y un grado de disnea de 2 o más.

**Conclusiones:** Casi el 30% de EPOC sufren agudizaciones. Los registros de los estudios (el nuestro 0,9 agudizaciones/paciente-año), infradiagnostican las agudizaciones en relación al registro diario del paciente (2,7/agudizaciones/paciente-año). El grado de disnea y las puntuaciones sobre calidad de vida del cuestionario CAT, fácilmente aplicables en primaria, son las dos variables más asociadas a las reagudizaciones.

**Palabras clave:** *EPOC. Fenotipo agudizador. Características clínicas. Prevalencia reagudizaciones.*