



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



ARTÍCULO DEL MES

Susceptibilidad a la exacerbación en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, Locantore N, Müllerova H, Tal-Singer R, et al. *Evaluation of COPD Longitudinally to Identify Predictive Surrogate Endpoints (ECLIPSE)*. N Engl J Med. 2010;363:1128-38.

Objetivo. Determinar si existe un fenotipo de pacientes con EPOC en los que sean más frecuentes las exacerbaciones independientemente de la gravedad de la enfermedad.

Métodos. Estudio de cohortes, prospectivo, realizado en 2.138 pacientes ambulatorios con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), con seguimiento de tres años. Los criterios de selección fueron tener una edad comprendida entre 40 y 75 años, antecedentes de consumo de tabaco superior a 10 paquetes/año y confirmación espirométrica. Se definieron las exacerbaciones como aquellos episodios que requirieron asistencia sanitaria con prescripción de antibióticos y/o corticosteroides y como exacerbaciones graves aquellas que requirieron hospitalización.

Resultados. Las exacerbaciones aumentaron de frecuencia y gravedad conforme la enfermedad se encontraba en estadios más avanzados. Así la tasa de exacerbaciones durante el primer año de seguimiento fue de 0,85 por persona para los pacientes con EPOC moderada, de 1,34 para los pacientes con EPOC grave y de 2,00 para aquellos con EPOC muy grave. Un 22% de los pacientes con enfermedad moderada, el 33% de los que tenían enfermedad grave y el 47% de los muy graves tuvieron dos o más descompensaciones en el primer año de seguimiento, de los cuales un 7, 18 y 33% respectivamente precisaron hospitalización. El mejor predictor individual de la incidencia de nuevas exacerbaciones en el análisis univariante fue en todas las etapas de la enfermedad la historia personal de exacerbaciones previas (*odds ratio [OR]*: 4,30; intervalo de confianza 95% [IC 95%], 3,58 a 5,17; $p < 0,001$). De esta forma se configura un fenotipo de EPOC con descompensaciones frecuentes, que en este estudio permaneció relativamente estable a lo largo de los tres años del estudio, con un valor predictivo negativo (VPN) para no presentar una exacerbación durante

el segundo año si no la habían tenido en el primero del 83%, mientras que la posibilidad de presentar una descompensación en aquellos que la habían presentado durante el año anterior fue del 60%. Estos valores se confirmaron durante el tercer año. En el análisis multivariante los mejores predictores fueron la presencia previa de exacerbaciones (OR: 4,53; IC 95%: 2,62 a 7,82; $p < 0,001$), la gravedad subyacente de la enfermedad medida estimada por el valor del volumen espiratorio forzado en el primer segundo, la clínica de reflujo gastroesofágico o pirosis, la peor calidad de vida y tener un recuento leucocitario más elevado.

Comentario

Las exacerbaciones en la EPOC son más frecuentes en los pacientes con enfermedad más avanzada, aunque deben existir otras variables que expliquen su incidencia ya que algunos pacientes presentan descompensaciones repetidas y otros con peor función respiratoria permanecen estables durante tiempo. Este estudio demuestra la existencia de un subgrupo de pacientes con EPOC y exacerbaciones frecuentes, así como su estabilidad como subgrupo a lo largo del tiempo. La existencia previa de descompensaciones es el mejor predictor de exacerbaciones futuras, independientemente de la gravedad de la enfermedad, datos solo parcialmente conocidos previamente. La fortaleza del estudio reside en el número de pacientes estudiados y la duración del seguimiento. La principal limitación es como reconocen los autores, no haber incluido en su análisis el tratamiento realizado por los pacientes. Este subgrupo de enfermos con exacerbaciones frecuentes son los que más se pueden beneficiar de la administración de fármacos con eficacia demostrada en la reducción de las mismas, como los corticoides inhalados o el roflumilast. Las conclusiones son plenamente aplicables en nuestro medio.

P. Almagro Mena*, en nombre del grupo de EPOC de la SEMI
Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari Mútua
de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: palmagro@mutuaterrassa.es

doi:10.1016/j.rce.2011.06.002