



## Carta Científica

Artículo español

# ¿Sobreutilización de corticoides en las exacerbaciones de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica?

## Overuse of corticosteroids in exacerbations of patients with chronic obstructive pulmonary disease?

Cristóbal Gallego Muñoz<sup>1</sup>, Luis Olmos Gutiérrez<sup>2</sup>, María Onteniente Candela<sup>1</sup>, Carles Iniesta Navalón<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia). España

<sup>2</sup> Universidad de Sevilla. España

Señor director:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituye la cuarta causa de muerte en los países desarrollados<sup>(1)</sup> y el ingreso por agudización de la EPOC marca un punto de inflexión en el pronóstico de la enfermedad<sup>(2)</sup>.

El empleo de glucocorticoides sistémicos es una estrategia habitual en el manejo de las agudizaciones de la EPOC y tienen utilidad tanto en reducir la duración de las mismas como en disminuir el riesgo de recaídas, aunque también pueden provocar reacciones adversas asociadas, sobre todo hiperglucemia<sup>(3)</sup>.

En 2001, en la primera edición de la *Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD)*<sup>(4)</sup>, ya se recomendaba el tratamiento con glucocorticoides sistémicos a dosis de 30-40 mg/día durante 10-14 días (y ha seguido recomendándose en las numerosas actualizaciones posteriores) y se indicaba que un tratamiento más prolongado no aportaba mayores beneficios, pero sí un mayor número de reacciones adversas. De hecho, en muchos artículos publicados con anterioridad<sup>(5)</sup> y posterioridad<sup>(6,7)</sup> a la edición de dicha guía de práctica clínica, los glucocorticoides sistémicos se han empleado durante un máximo de 14 días. En la misma línea, en la última edición de la guía española de manejo de pacientes con EPOC (GesEPOC)<sup>(8)</sup> publicada en 2017, se recomienda una dosis máxima de 40 mg/día durante 5 días, basándose en estudios más recientes<sup>(9)</sup>.

Sin embargo, en un estudio de cohortes publicado en 2017<sup>(10)</sup>, los autores observaron que el 87 % de los pacientes ingresados en un hospital por agudización de EPOC (N=100) recibieron una dosis mediana de 60 mg/día y la vía de administración utilizada mayoritariamente fue la intravenosa (96 %). Para ser más concisos, el 82 % de los pacientes no fueron tratados según las recomendaciones actuales, ya que recibieron dosis de glucocorticoides sistémicos superiores a las recomendadas (hasta 40 mg/día). Los resultados indicaron que recibir una dosis baja (definida como inferior a 40 mg/día) no comportaba una peor evolución a corto ni a largo plazo. Con respecto a la vía de administración de los

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [toba\\_gallego@hotmail.com](mailto:toba_gallego@hotmail.com) (Cristóbal Gallego Muñoz).

Recibido el 6 de noviembre de 2017; aceptado el 29 de noviembre de 2017.



Los artículos publicados en esta revista se distribuyen con la licencia:  
Articles published in this journal are licensed with a:  
Creative Commons Attribution 4.0.  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>  
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos,  
ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

glucocorticoides, la evidencia actual demuestra que esta vía no es superior a la oral y está asociada con mayor riesgo de reacciones adversas.

Por otro lado, en una auditoría realizada en hospitales españoles en el que se incluyeron unos 5.000 pacientes<sup>(9)</sup>, la duración mediana de la estancia hospitalaria fue de 8 días y el 73 % de los pacientes continuaron con el tratamiento tras el alta médica. Estos datos nos indican que pudieron estar expuestos a dosis excesivas e injustificadamente prolongadas.

En relación a la pauta descendente de glucocorticoides sistémicos en el tratamiento de la reagudización en pacientes con EPOC tras un ingreso hospitalario, hay que puntualizar que en las guías de práctica clínica comentadas anteriormente no se menciona nada al respecto, por lo que creemos que podría ser un punto de controversia, necesitándose más evidencia que nos aclare dicha incertidumbre.

En definitiva, la práctica clínica habitual debe ir evolucionando en función de la evidencia científica y los hábitos de actuación ir cambiando en relación a los resultados de los estudios y ensayos clínicos publicados. Porque, hasta que no se demuestre lo contrario, el método científico es la única herramienta que asegura la mejor actuación clínica posible y nos aleja de hábitos y costumbres basadas únicamente en el empirismo personal y social.

## Referencias

1. Decramer M, Janssens W, Miravittles M. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 2012; 379:1341-51.
2. Matkovic Z, Huerta A, Soler N, Domingo R, Gabarrús A, Torres A et al. Predictors of adverse outcome in patients hospitalised for exacerbation of COPD. *Respiration*. 2012; 84:17-26.
3. Aaron SD, Vandemheen KL, Hebert P, Dales R, Stiell IG, Ahuja J et al. Outpatient oral prednisone after emergency treatment of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2003; 348:2618-25.
4. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PMA, Jenkins CR, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, NHLBI/WHO global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD) workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001; 163: 1256-76.
5. Niewoehner DE, Erbland ML, Deupree RH, Collins D, Gross NJ, Light RW et al., Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group. Effect of systemic glucocorticoids on exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 1999; 340:1941-7.
6. De Jong YP, Uil SM, Grotjohan HP, Postma DS, Kerstjens HAM, van den Berg JWK. Oral or IV prednisolone in the treatment of COPD exacerbations: A randomized, controlled, double-blind study. *Chest*. 2007; 132:1741-7.
7. Ding Z, Li X, Lu Y, Rong G, Yang R, Zhang R et al. A randomized, controlled multicentric study of inhaled budesonide and intravenous methylprednisolone in the treatment on acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med*. 2016; 121:39-47.
8. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA et al. Spanish Guidelines for Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GesEPOC) 2017. Pharmacological treatment of stable chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Bronconeumol*. 2017; 53:324-35.
9. Pozo-Rodríguez F, López-Campos JL, Álvarez-Martínez CJ, Castro-Acosta A, Agüero R, Hueto J et al. Clinical audit of COPD patients requiring hospital admissions in Spain: AUDIPOC study. *PLoS One*. 2012; 7:e42156.
10. Rueda-Camino JA, Bernal-Bello D, Canora-Lebrato J, Velázquez- Ríos L, García de Viedma-García V, Guerrero-Santillán M et al. Dosis altas de corticoides sistémicos en pacientes ingresados por exacerbación de EPOC. Un estudio de cohortes. *Rev Clin Esp*. 2017 (artículo en prensa).