



Cartas al Editor

Exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: ¿Se ha mejorado en la actitud terapéutica y en la decisión de ingreso?

Exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: is there an improvement of the therapeutic attitude and admission decision?

Sr. Editor:

Hemos leído con gran interés el artículo de Casas Méndez et al.¹, recientemente publicado en *Medicina Clínica*, que nos muestra el beneficio incontestable del hospital de día de enfermedades respiratorias (HDER) en la atención de los pacientes con exacerbación de su enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EA-EPOC), al comparar la tasa de ingresos hospitalarios derivada del tratamiento y atención de estos pacientes en el Servicio de Urgencias (SU) con la conseguida en el HDER (66,7 frente a 32,2%, respectivamente). La utilidad de distintos modelos a la hospitalización convencional (HC), concretamente en infecciones respiratorias, ya ha quedado demostrada desde hace años, tanto para los pacientes con EA-EPOC² como en los que presentan una neumonía adquirida en la comunidad³. Coincidimos con los autores en que el HDER tiene un impacto económico positivo (reducción de costes) sin comprometer la seguridad, satisfacción y resultados de la evolución clínica de los procesos. Pero la realidad asistencial es muy variable (y las distintas posibilidades y disponibilidad de este tipo de dispositivos asistenciales no es homogénea en todos los hospitales ni en las distintas Comunidades). Por ello, con objeto de complementar las consultas monográficas y la hospitalización domiciliaria, la puesta en marcha de las unidades de hospitalización de urgencias (UHU)⁴ como observación-corta estancia de menos de 48 horas junto con un protocolo diagnóstico-terapéutico integral de la EA-EPOC que incluye alternativas a la HC, también consigue reducir la tasa de ingresos y complementa al HDER, ya que ocupa un hueco asistencial evidente las 24 horas del día los 365 días del año, sin cita previa, aportando un seguimiento integral *in situ* hasta la estabilización del paciente o su mejoría con la posibilidad de dar altas de lunes a domingo (beneficio para el paciente cuando surge la demanda inesperada y empeoramiento clínico brusco y también para el sistema).

En el artículo de Casas Méndez et al.¹, como reconocen los propios autores, no se puede descartar un sesgo de selección en los pacientes, y aunque la «gravedad de la EA-EPOC» y las características basales de los pacientes son similares en los 2 grupos, hay muchos otros factores no reflejados que podrían influir en gran medida en la diferencia tan llamativa de las tasas de ingresos desde el SU y HDER: tasa de ingresos desde el SU (66,7%) superior a otras publicadas (35-45%)⁵. No se conoce si se trata de una primera visita al HDER y/o al SU, o si los pacientes son remitidos al SU desde el HDER o desde Atención Primaria, ni el horario de visita al SU (que condiciona, junto con la saturación del mismo, tanto la probabilidad de ingreso como de efectos adversos,

gravedad de la situación, etc.)⁶. Otra circunstancia fundamental para valorar la decisión de ingreso en el SU es conocer si desde este se puede remitir (altas y consultas precoces) en 24-48 horas al paciente al HDER o a la consulta de Neumología, Medicina Interna, etc. Y si consideramos la EA-EPOC de origen infeccioso, hay que tener en cuenta y conocer la situación clínica aguda del paciente (existencia de criterios de sepsis, sepsis grave y/o shock séptico), la posibilidad de bacteriemia y otros muchos criterios adicionales (descompensación de comorbilidades, apoyo sociosanitario y familiar, etc.) que pueden condicionar la necesidad de ingreso⁷, entre ellos el no poder disponer «a demanda» en 24-48 horas de consulta especializada. Además, la observación clínica durante unas horas, junto con la ayuda que pueden prestar los biomarcadores en el SU, como la procalcitonina, pueden ser determinantes para la toma de decisión de ingreso o bien optar por una alternativa a la HC (si está disponible)^{5,8}. Por ello, hay una cuarta posibilidad tras la valoración del enfermo con EA-EPOC, además de las 3 señaladas por Casas Méndez et al.¹, muy útil para el tratamiento de estos enfermos y que no se puede obviar: las UHU. En un intento de encontrar por nuestra parte una mayor adecuación de los ingresos y mejorar el tratamiento de la EA-EPOC en nuestro SU, implantamos un protocolo de atención (basado en las recomendaciones INFURG-SEMES⁵) que contempla la posibilidad de UHU, altas precoces con consultas en 24-48 horas y que tiene en cuenta el juicio clínico, criterios adicionales de ingreso y los biomarcadores en caso de existencia de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y/o temperatura > 38 °C. Comparamos retrospectivamente 100 pacientes atendidos con EA-EPOC (grupo 1) y otros 100 después de implantar el protocolo (grupo 2). Utilizamos el paquete SPSS14.0 (t de Student y χ^2 corregida por Yates para las proporciones, considerando diferencia significativa $p < 0,05$). La inclusión de los pacientes y su seguimiento se realizó consecutivamente, no existiendo diferencias significativas entre los 2 grupos en la edad, la gravedad de la EPOC (considerando FEV₁ y tratamiento con oxígeno crónico domiciliario), el índice de Charlson y la gravedad de la EA-EPOC (valores gasométricos, pH, situación hemodinámica, procalcitonina). Tampoco hubo diferencias en la tasa de reingresos ni de mortalidad en el seguimiento. Pero, como esperábamos, la tasa de ingresos en HC disminuyó del 47 (grupo 1) al 31% (grupo 2) ($p < 0,05$).

Pensamos que las UHU pueden complementar al HDER y a otras alternativas asistenciales de forma eficiente para el sistema y segura para el paciente.

Bibliografía

1. Casas Méndez LF, Montón Soler C, Baré Mañas M, Casabon Salas J, Pomares Amigó X, Aguirre Larracoechea U. Hospital de día de enfermedades respiratorias: impacto sobre la tasa de ingresos hospitalarios por exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:665-8.
2. Pomares Amigó X, Montón Soler C. Hospitales de día de enfermedades respiratorias: ¿Qué hemos aprendido? *Med Clin (Barc)*. 2011;136:454-5.
3. Llorens P, Murcia-Zaragoza J, Sánchez-Payá J, Laghaoui F, Reus S, Carratalá-Perales JM, et al. Evaluación de un modelo multidisciplinar de hospitalización

- alternativa a la hospitalización convencional en la neumonía adquirida en la comunidad. *Emergencias*. 2011;23:167-74.
- Palacios G, Emparan C. Impacto económico de la unidad de hospitalización de urgencias. *Emergencias*. 2010;22:254-8.
 - Julián-Jiménez A, Candel FJ, Piñera P, González del Castillo J, Moya MS, Martínez M. Recomendaciones INFURG-SEMES: manejo de la infección respiratoria de vías bajas en urgencias. *Monografías de Emergencias*. 2009;3:1-21.
 - Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T, grupo de trabajo EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010;22:415-28.
 - Julián-Jiménez A, Láserna-Mendieta EJ, Timón-Zapata J, Cabezas-Martínez A. Importancia de la sospecha clínica y confirmación de bacteriemia en los servicios de urgencias. *Med Clin (Barc)*. 2011 [Epub ahead of print].
 - Peces-Barba G, Barberá JA, Agustí A, Casanova C, Casas A, Izquierdo JL, et al. Guía clínica SEPAR-ALAT de diagnóstico y tratamiento de la EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2008;44:271-81.

Agustín Julián-Jiménez*, María José Palomo De Los Reyes, Natividad Laín-Terés y Josefa Estebaran-Martín

Servicio de Urgencias, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: agustinj@sescam.jccm.es (A. Julián-Jiménez).

doi: 10.1016/j.medcli.2011.06.023

Respuesta

Reply

Sr. Editor:

Agradecemos los interesantes comentarios de Julián-Jiménez et al. sobre nuestro artículo acerca de la aportación del Hospital de día de enfermedades respiratorias (HDER) sobre la tasa de ingresos hospitalarios por exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EA-EPOC).

Estamos de acuerdo con los autores en que la realidad asistencial es muy variable entre los diferentes centros hospitalarios, con distintos dispositivos asistenciales disponibles y diferentes estructuras organizativas en función del hospital, hecho que influye sin duda alguna en la existencia de múltiples factores no reflejados en nuestro estudio que pueden contribuir a las diferencias en cuanto a la tasa de ingresos por EA-EPOC se refiere entre el Servicio de Urgencias (SU) y el HDER. Queremos remarcar que nuestra intención ha sido fundamentalmente aportar nuestra experiencia en el citado HDER, sabiendo que no es necesariamente generalizable a otros centros hospitalarios, y sin olvidar que el HDER representa un dispositivo asistencial que complementa al SU o a las Unidades de Hospitalización de Urgencias (UHU), los cuales garantizan la asistencia sanitaria urgente y continuada en cualquier momento. Cabe destacar que una de las principales diferencias entre el SU y el HDER es la existencia en este último de un programa de atención continuada para los pacientes con EPOC (tanto en fase estable como en las EA-EPOC), todo ello a cargo de un mismo equipo médico y de enfermería¹. Dicho programa de atención continuada permite también un control preferente tras las EA-EPOC, evaluando la resolución clínica y los resultados de los cultivos de esputo realizados, con el fin de adecuar el tratamiento antibiótico prescrito en caso necesario.

Queremos también aportar nuestra experiencia acerca de los biomarcadores en las EA-EPOC y, más concretamente, de la proteína C reactiva (PCR). Evaluamos 151 exacerbaciones infecciosas de la EPOC, definidas por al menos 2/3 de los criterios de Anthonisen², correspondientes a 91 pacientes con EPOC grave, observando elevación de la PCR en el momento de la exacerbación,

con cifras significativamente mayores en las exacerbaciones por *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae* (con respecto a *Moraxella catharralis* y *Pseudomonas aeruginosa*), con disminución posterior de la PCR tras la resolución clínica³. Por tanto, estamos de acuerdo con los autores en que los biomarcadores (en este caso la PCR) pueden aportar valiosa información adicional en la valoración de las EA-EPOC (orientando acerca de la probable etiología bacteriana de las mismas) cara a mejorar su manejo en el SU o en el HDER.

En conclusión, consideramos que, dados el elevado impacto de las EA-EPOC sobre el curso de la enfermedad⁴ y su elevado coste económico⁵, todos los esfuerzos dirigidos a mejorar su control a través de los diferentes dispositivos asistenciales implicados (SU, UHU, HDER) resultan de un gran interés para la práctica clínica diaria.

Bibliografía

- Pomares Amigó X, Montón Soler C. Hospitales de día de enfermedades respiratorias: ¿Qué hemos aprendido? *Med Clin (Barc)*. 2011;136:454-5.
- Anthonisen NR, Manfreda J, Warren CPW, Hershfield ES, Harding GKM, Nelson NA. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med*. 1987;106:196-204.
- Pomares X, Montón C, Gallego M, Mariscal D, Vallés J, Castañar E, et al. Utilidad de la Proteína C Reactiva en el diagnóstico y seguimiento de la exacerbación infecciosa de la EPOC severa. XL Congreso Nacional de la SEPAR. Barcelona, junio de 2007. *Archivos de Bronconeumología*. 2007;43:62.
- Wang Q, Bourbeau J. Outcomes and health-related quality of life following hospitalization for an acute exacerbation of COPD. *Respirology*. 2005;10:334-40.
- Miravitles M, Figueras M. El coste de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en España. Opciones para una optimización de recursos. *Arch Bronconeumol*. 2001;37:388-93.

Luis Fernando Casas Méndez^{a,*}, Concepción Montón Soler^a, Xavier Pomares Amigó^a y Marisa Baré Mañas^b

^aServicio de Neumología, Hospital de Sabadell, Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell, Barcelona, España

^bEpidemiología Clínica-Cribado de Cáncer, UDIAT-CD, Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lfcasas@gmail.com (L.F. Casas Méndez).

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.medcli.2011.06.023

doi: 10.1016/j.medcli.2011.08.005