

EDITORIAL

El ingreso urgente de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica: situación actual

Urgent hospitalization of patients with chronic obstructive pulmonary disease: the current situation

Emmanuel Coloma Bazán

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una entidad con una elevada prevalencia, que afecta alrededor del 10% de la población mundial. Tiene una morbilidad elevada (es la tercera causa de muerte en el mundo)^{1,2} y asocia un gran impacto personal y social, así como altos costes económicos. Además, es una enfermedad infradiagnosticada, compleja (con distintas manifestaciones pulmonares y extrapulmonares) y con gran heterogeneidad (no todas las formas clínicas tienen el mismo impacto en todos los pacientes). Se caracteriza por la presencia de síntomas respiratorios persistentes asociados a una limitación del flujo aéreo, como consecuencia de la lesión estructural de las vías aéreas y alveolos producidas por la inhalación de sustancias tóxicas o partículas nocivas²⁻⁵. El consumo de tabaco es una de las principales causas de alteración de la vía aérea pequeña. Sin embargo, entre el 20-40% de pacientes con EPOC nunca han sido fumadores, por lo que se deben tener en cuenta otros factores ambientales que puedan contribuir a su prevalencia, tales como la inhalación de gases producto de la degradación de combustibles de uso culinario o calefactores⁶. Por último, también se han descrito cambios espirométricos en personas sanas, que no alcanzan el pico máximo de la función pulmonar esperada para su edad, medida por el volumen de aire espirado en el primer segundo (FEV₁, *forced expiratory volume in one second*). Estos individuos presentarán mayor declive de su función pulmonar con los años en comparación con las personas con un pico de FEV₁ adecuado, condición que ocurre normalmente en torno a los 20 años⁴.

En España, según los datos del estudio EPISCAN II⁷, la prevalencia de la EPOC es de 11,8%, la cual se incrementa con la edad y, sobre todo, en personas mayores de 80 años⁸, existiendo una alta proporción de pacientes infradiagnosticados (75% en el mencionado trabajo). Como es esperable, los pacientes mayores tienen más comorbilidades (enfermedades crónicas) y necesidades de salud complejas, lo que conlleva a una mayor tasa de utilización de recursos sanitarios, entre ellos los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). Es por ello que se hace necesario que los circuitos asistenciales se

adapten a la complejidad del paciente respiratorio, como puede ser el caso de los sistemas de triaje en urgencias^{9,10}. En este sentido, clasificar objetivamente la gravedad de la exacerbación haciendo uso de escalas predictivas de riesgo es de suma importancia para definir el manejo clínico y evolutivo, así como predecir el destino final (hospitalización o alta) del paciente¹¹. Es así que nació el concepto de "abordaje multidimensional" del paciente con EPOC, que implica aspectos que influyen en la calidad de vida del paciente y la relación con su estado de salud, así como también aquellos aspectos que puedan pronosticar el riesgo de exacerbaciones futuras y, de forma indirecta, el riesgo de mortalidad.

Las principales guías de práctica clínica para el manejo de la EPOC, tanto la GOLD como la GesEPOC^{2,11}, recomiendan la utilización de cuestionarios para la evaluación de la carga de la enfermedad sobre la calidad de vida del paciente, como es el caso del "COPD Assessment Test" (CAT)¹². Tal ha sido su impacto en la literatura científica, que se ha extrapolado su uso en otras enfermedades respiratorias distintas a la EPOC, como es la COVID-19¹³.

En el presente número de EMERGENCIAS, Pulido Herrero *et al.* presentan los resultados de un estudio multicéntrico de tipo prospectivo, donde se incluyeron 587 pacientes, reclutados en 4 SUH que acudieron por síntomas compatibles con exacerbación aguda de la EPOC (EA-EPOC), durante un periodo de casi 3 meses. En este artículo, los autores analizan el impacto de los ítems (respiratorios y no respiratorios) del cuestionario CAT en diferentes momentos de la EA-EPOC, además de su influencia en el momento de decidir un ingreso hospitalario. Se definió EA-EPOC como un cambio en alguno de los síntomas frecuentes de la EPOC (disnea basal, tos o expectoración), de inicio agudo y que justificaba un cambio en la medicación habitual. Hay que destacar la inclusión de variables para estratificar la gravedad del episodio agudo, tales como el concepto de paciente respiratorio altamente sintomático (PRAS) definido como aquel paciente con 3 o más puntos en al menos 3 de los 4 ítems respiratorios del CAT basal¹⁴, o como la escala de

Filiación de los autores: Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, Barcelona, España.

Contribución de los autores: El autor ha confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia: Emmanuel Coloma Bazán. Medicina Interna. Hospital Clínic. C/ Villarreal, 170. 08036 Barcelona, España.

Correo electrónico: ecoloma@clinic.cat

Información del artículo: Recibido: 30-1-2022. Aceptado: 31-1-2022. Online: 14-2-2022.

DOI: 10.55633/s3me/E081.2022

Editor responsable: Óscar Miró.

gravedad para las exacerbaciones¹⁵, que contempla cuatro categorías de riesgo: leve (0 puntos), moderado (1-5 puntos), grave (6-9 puntos) y muy grave (10-18 puntos). Como es esperable en esta enfermedad respiratoria, una proporción importante de pacientes requirió oxígeno suplementario (61%), broncodilatadores (80%) y corticoides endovenosos (81%); siendo el 14% de los casos catalogados como PRAS.

Los resultados de este estudio merecen una serie de consideraciones a resaltar. En primer lugar, cómo influyen y qué peso tiene cada uno de los ítems del CAT, tanto respiratorios como no respiratorios, en distintos momentos de la enfermedad. Segundo, la identificación de variables que se relacionan con una alta probabilidad de ingreso hospitalario durante la valoración del paciente en los SUH. Es destacable también la inclusión del concepto PRAS y su relación con la puntuación del CAT, sobre todo de la puntuación basal comparada con la del momento de la EA-EPOC. Esta concepción implica considerar el término de “fenotipo agudizador” en este subgrupo de pacientes. Finalmente, los autores, en concordancia con lo que recomiendan las guías, hacen énfasis en uno de los 3 aspectos del abordaje multidimensional: la evaluación inmediata de los síntomas que experimenta el paciente y el impacto en la calidad de vida^{16,17}.

También hemos identificado algunas limitaciones, como bien señalan los autores. El estudio carece de datos de los eventos que no llegan a requerir atención en los SUH, que se podría catalogar como leves. Otro aspecto que se podría haber considerado es el tratamiento que realizaban estos pacientes, previo al episodio de agudización. También se echa en falta el uso de algunos biomarcadores inflamatorios, tan comentados en los últimos años. Por ejemplo, la cantidad de eosinófilos en sangre, que se ha asociado a una estancia hospitalaria más corta¹⁸ y a una mejor respuesta de algunos tratamientos instaurados en urgencias, como son los corticoides^{19,20}.

En conclusión, este trabajo confirma la importancia de conocer cuál es la carga real de la enfermedad en los pacientes con EA-EPOC, utilizando una herramienta muy sencilla, como es el CAT, para identificar un subgrupo de pacientes de alto riesgo (PRAS) y los factores que se pueden asociar a un ingreso hospitalario.

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: El autor declara la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: El autor ha confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

Bibliografía

- 1 World Health Organization. The Top 10 Causes of Death. 2022. (Consultado 30 Enero 2022). Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- 2 COPD Global Initiative. 2020 Report. Glob Initiat Chronic Obstr Lung Dis. 2020;57-8.
- 3 Celli BR, Wedzicha JA. Update on Clinical Aspects of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. N Engl J Med. 2019;381:1257-66.
- 4 Agustí A, Hogg JC. Update on the Pathogenesis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. N Engl J Med. 2019;381:1248-56.
- 5 Cosío MG, Saeta M AA. Immunologic aspects of chronic obstructive pulmonary disease and emphysema. N Engl J Med. 2009;33:298-300.
- 6 Salvi SS, Barnes PJ. Chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers. Lancet. 2009;374:733-43.
- 7 Soriano JB, Alfageme I, Miravittles M, de Lucas P, Soler-Cataluña JJ, García-Río F, et al. Prevalence and Determinants of COPD in Spain: EPISCAN II. Arch Bronconeumol. 2020;57:61-9.
- 8 Calle Rubio M, Alcázar Navarrete B, Soriano JB, Soler-Cataluña JJ, Rodríguez González-Moro J-M, Fuentes Ferrer ME, et al. Clinical audit of COPD in outpatient respiratory clinics in Spain: the EPOCONSUL study. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2017;12:417-26.
- 9 Gómez-Angelats E. Triage, predicción de ingreso y constantes vitales. Emergencias. 2020;32:381-2.
- 10 Leey-Echavarría C, Zorrilla-Riveiro J, Arnau A, Jaén-Martínez L, Lladó-ortiz D, Gené E. Predicción de ingreso hospitalario en los pacientes con bajo nivel de prioridad de triaje atendidos en un servicio de urgencias. Emergencias. 2020;32:395-402.
- 11 Soler-Cataluña JJ, Piñera P, Trigueros JA, Calle M, Casanova C, Cosío BG, et al. Spanish COPD Guidelines (GesEPOC) 2021 Update Diagnosis and Treatment of COPD Exacerbation Syndrome. Arch Bronconeumol. 2021;(En prensa).
- 12 Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen WH, Kline Leidy N. Development and first validation of the COPD Assessment Test. Eur Respir J. 2009;34:648-54.
- 13 Daynes E, Gerlis C, Briggs-Price S, Jones P, Singh SJ. COPD assessment test for the evaluation of COVID-19 symptoms. Thorax. 2021;76:185-7.
- 14 Houben-Wilke S, Janssen DJA, Franssen FME, Vanfleteren LEGW, Wouters EFM, Spruit MA. Contribution of individual COPD assessment test (CAT) items to CAT total score and effects of pulmonary rehabilitation on CAT scores. Health Qual Life Outcomes. 2018;16:1-8.
- 15 García-Gutiérrez S, Quintana JM, Unzueta A, Esteban C, González N, Barrio I, et al. Creación de una escala para evaluar la gravedad de las exacerbaciones agudas de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EA-EPOC) en los servicios de urgencias hospitalarios. Emergencias. 2014;26:251-8.
- 16 López-Giraldo A, Rodríguez-Roisin R, Agustí A. Chronic obstructive pulmonary disease: The golden decade. Implications for the diagnosis, prevention and treatment of chronic obstructive pulmonary disease. Med Clin (Barc). 2015;144:507-13.
- 17 Huerta García A, Hurst JR. Agudizaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el departamento de urgencias: Más allá de los leucocitos, la proteína C reactiva y la radiografía. Emergencias. 2016;28:361-2.
- 18 Wu CW, Lan CC, Hsieh PC, Tzeng IS, Wu YK. Role of peripheral eosinophilia in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. World J Clin Cases. 2020;8:2727-37.
- 19 Camp J, Cane J, Bafadhel M. Shall We Focus on the Eosinophil to Guide Treatment with Systemic Corticosteroids during Acute Exacerbations of COPD?: PRO. Med Sci. 2018;6:74.
- 20 Walters JAE, Tan DJ, White CJ, Wood-Baker R. Different durations of corticosteroid therapy for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2018;2018:363-4.