

# SÍ AL ALTA PRECOZ EN LAS AGUDIZACIONES DE LA EPOC

*María Begoña Presedo Garazo  
Servicio de Neumología. CHU de Santiago de Compostela*

## Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica constituye un importante y prevalente problema de salud en los países occidentales. Su prevalencia en nuestro país, según el estudio IBERPOC<sup>1</sup>, es del 9% para la población comprendida entre los 40-69 años, alcanzando la cifra del 20% en sujetos mayores de 65 años. Un evento importante en el curso de la enfermedad son las agudizaciones, demostrándose que los pacientes más graves pueden llegar a sufrir de 1 a 4 agudizaciones/año, muchas de las cuales requerirán ingreso hospitalario. El impacto económico de la enfermedad es importante, estimándose en 288.48 millones de euros los costes sanitarios directos ocasionados por la enfermedad en el año 1995, cifra que se prevé en aumento en los próximos años. Los gastos por hospitalización suponen entre un 36.3 y un 43% del total de los costes sanitarios directos generados por la enfermedad.

En el área sanitaria de Santiago de Compostela, las agudizaciones de EPOC supusieron el 1.88% del total de ingresos hospitalarios durante el año 2004, registrándose 666 episodios en un total de 541 pacientes, de forma que un paciente presentó 5 episodios/año, 9 pacientes precisaron 4 ingresos en ese año por agudización de EPOC, 15 pacientes presentaron 3 agudizaciones/año y 51 pacientes sufrieron 2 episodios de agudización en el año 2004.

De lo mencionado anteriormente, se deduce que las agudizaciones de la EPOC suponen un importante consumo de recursos sanitarios, una elevada presión asistencial, más marcada durante los meses de invierno y generan un importante coste económico; todo ello, uni-

do a la tendencia actual a disminuir la estancia hospitalaria y al incremento de la población que necesita hospitalización obligada, ha generado que se hayan intentado desarrollar diferentes modalidades asistenciales con el fin de optimizar los recursos sanitarios disponibles sin merma de la calidad. Una de estas modalidades es el alta precoz con soporte domiciliario, que ha demostrado ser una alternativa eficaz y segura para un subgrupo de pacientes con agudización de EPOC que habitualmente se manejan de forma convencional mediante ingreso hospitalario. Para validar esta premisa, se presentará una revisión bibliográfica de distintos estudios realizados en diferentes países, principalmente en el Reino Unido y España, que confirman la eficacia, efectividad y seguridad de esta fórmula asistencial.

## Revisión bibliográfica

Entre los trabajos realizados para evaluar la eficacia de los programas de alta precoz con soporte domiciliario, empezaremos revisando el realizado por Díaz Lobato et al<sup>2</sup>, publicado hace un año, estudio prospectivo, controlado y aleatorizado, en el cual partiendo de 88 pacientes ingresados por agudización de EPOC (AEPOC) durante el periodo de estudio, seleccionaron 40 pacientes susceptibles de entrar en el programa de alta precoz por su situación de estabilidad clínica y gasométrica al tercer día de ingreso hospitalario. De ellos, 20 se asignaron de forma aleatoria al grupo de alta precoz y 20 al grupo de hospitalización convencional. Tras un periodo de seguimiento de un mes, los autores obtuvieron los siguientes resultados: no encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto al número de fracasos terapéuticos y número de avisos demandando asistencia o consejo sanitarios. Sí encontraron diferencias en cuanto al número de recaídas durante el periodo de seguimiento y demanda de asistencia urgente, que fue mayor en el grupo de hospitalización convencional, así como una estancia media menor en el grupo de alta precoz (9.2 vs 12.2 días).

### Correspondencia:

*María Begoña Presedo Garazo  
Servicio de Neumología. CHU de Santiago  
C/ Choupana s/n. 15706 Santiago de Compostela  
Tf: 981 950311  
Pneuma 2006; 4: 26-28*

Sala et al<sup>3</sup>, en un estudio prospectivo y controlado con 205 pacientes, 100 de los cuales fueron asignados al grupo de hospitalización convencional y 105 al grupo de alta precoz, encontraron que no había diferencias significativas entre los dos grupos analizando las tasas de readmisión precoz (< 2 semanas tras el alta), y las tasas de readmisión tardía (> 2 semanas tras el alta), pero encontraron una estancia media hospitalaria menor entre los pacientes pertenecientes al grupo de alta precoz ( $5.9 \pm 2.8$  vs  $8 \pm 5.1$  días).

Resultados similares obtuvo el estudio realizado por Pascua I- Pape et al<sup>4</sup> con 97 pacientes ingresados por AEPOC y dados de alta entre el cuarto y sexto día del ingreso, observando, tras un periodo de seguimiento de 3 meses, que el porcentaje de reingresos tempranos (<3 meses tras el alta) era menor en este grupo de pacientes comparado con pacientes que en el año anterior habían sido manejados con ingreso hospitalario convencional (17% vs 35%), que la mortalidad era nula en los tres primeros meses, con una estancia media menor ( $5.4 \pm 1.7$  días), y con un 89% de los pacientes satisfechos con el programa.

El estudio prospectivo y randomizado realizado por Hernández et al<sup>5</sup> con 222 pacientes ingresados por AEPOC, 121 de los cuales se aleatorizaron al programa de alta precoz y 101 al grupo de hospitalización convencional, tras una valoración a las 8 semanas, observó que el programa de alta precoz presentaba tasas menores de hospitalización, menores tasas de readmisión en Servicio de Urgencias a corto plazo, mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud, medida mediante el SGRQ, un alto grado de satisfacción entre los pacientes participantes en el programa, menores costes por paciente en el grupo de alta precoz (1.255 € vs 2.033 €), sin diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a mortalidad y tasas de readmisión a las 8 semanas de seguimiento.

Dos trabajos realizados en el Reino Unido, controlados y randomizados<sup>6,7</sup>, siguieron un esquema de alta precoz desde el Servicio de Urgencias con soporte domiciliario. En el estudio de Davies et al, llevado a cabo en Liverpool, de 583 pacientes con el diagnóstico de AEPOC, seleccionaron 150 de ellos para ser incluidos en el programa. Al grupo de hospitalización convencional fueron asignados 50 pacientes, mientras que al grupo de alta precoz se asignaron 100 pacientes. Estos autores no encontraron diferencias significativas en las tasas de readmisión a los tres meses, ni cambios en el FEV<sub>1</sub>, ni en las tasas de mortalidad durante el periodo de seguimiento. El trabajo de Skwarska et al, en el que 122 pacientes fueron asignados al grupo de alta precoz y 62 al grupo de hospitalización convencional, obtuvo los siguientes resultados tras la valoración de ambos grupos a las 8 semanas: no hallaron diferencias estadística-

mente significativas en cuanto a los días de hospitalización (7 vs 5 días), tasas de reingreso (25% vs 34%), y tasas de mortalidad (6% en ambos grupos). Sin embargo, encontraron un grado de satisfacción alto entre los pacientes asignados al programa de alta precoz, y un coste medio por paciente menor en este grupo (£877 vs £1.753).

Resultados similares obtuvo el estudio de Cotton<sup>8</sup> en Glasgow, en cuanto a no aumento en las tasas de readmisión (29.3% vs 30%) con una disminución de la estancia hospitalaria (3.2 vs 6.1 días), cuando comparó 41 pacientes pertenecientes a un programa de alta precoz tras una breve estancia ingresados, con 40 pacientes en hospitalización convencional por AEPOC, tras un periodo de seguimiento de 60 días. Tampoco observó aumento en el número de días de hospitalización en pacientes readmitidos (7.83 vs 8.75 días) ni en la mortalidad (2.4% vs 5%).

Pionero fue el estudio de Gravit et al<sup>9</sup>, publicado en 1998, en el que participaron 962 pacientes que acudieron a un centro hospitalario y fueron diagnosticados de AEPOC. Tras una valoración inicial realizada por un especialista en enfermedades respiratorias en el hospital, 768 pacientes (80%) fueron enviados a su domicilio para continuar tratamiento bajo supervisión de una enfermera especializada en enfermos respiratorios, y 145 (15%) requirieron hospitalización convencional. Durante el periodo de estudio, 115 pacientes (12%) de los tratados en su domicilio precisaron ser admitidos en el hospital. Este autor concluye que muchos pacientes con agudización de EPOC pueden ser tratados en su domicilio por enfermeras especializadas, y encontró un alto grado de satisfacción en el 80% de los pacientes que recibieron tratamiento domiciliario.

El grado de satisfacción y las preferencias tanto de los pacientes como de sus cuidadores con un programa de alta precoz desde el Servicio de Urgencias, fue estudiado por Ojoo et al<sup>10</sup>, encontrando similar grado de satisfacción tanto en el grupo de alta precoz como en el grupo de hospitalización convencional. No obstante observó una mayor preferencia por la hospitalización domiciliaria entre aquellos pacientes que habían participado en el programa de atención a domicilio. Este trabajo, realizado con 60 pacientes, no obtuvo diferencias significativas en la tasa de readmisión ni en la mortalidad tras un periodo de seguimiento de 3 meses.

Importante recordar en esta revisión bibliográfica, la revisión sistemática realizada por Ram et al<sup>11</sup> de 7 estudios controlados y randomizados que comparaban la hospitalización convencional frente a los programas de alta precoz. Este estudio concluye que no hay diferencias significativas en cuanto a mortalidad y tasas de readmisión cuando se comparan ambos esquemas asis-

tenciales, y que el alta precoz con soporte domiciliario constituye un modelo asistencial que supone un considerable ahorro de costes.

No podemos finalizar nuestra exposición sin mencionar el trabajo llevado a cabo por González Barcala et al<sup>12</sup> en el área sanitaria de Santiago de Compostela durante el año 2004. En dicho estudio 13 pacientes con agudización de EPOC fueron asignados al grupo de hospitalización domiciliaria y 22 al grupo de hospitalización convencional, siendo valorados a los 3 meses. La estancia media fue menor en el grupo de hospitalización domiciliaria (7 vs 12.2 días), siendo similares en ambos grupos, las tasas de reingresos, tanto precoces como a los 3 meses, la mortalidad y supervivencia media durante el periodo de seguimiento. El trabajo concluye que la hospitalización domiciliaria es viable, con alto nivel de satisfacción entre los pacientes (95% de ellos volverían a optar por dicha modalidad), sin diferencias significativas en cuanto a la tasa de reingresos y mortalidad, y eficiente, manteniéndose la misma eficacia y con una importante reducción del coste sanitario.

## Conclusiones

La revisión bibliográfica realizada parece demostrar que el modelo asistencial de alta precoz con soporte domiciliario es una opción segura, viable y efectiva en las agudizaciones de EPOC. A pesar de que los estudios revisados han sido llevados a cabo en diferentes países con esquemas sociosanitarios e infraestructuras disponibles distintos, con intervenciones que difieren en cuanto a criterios de selección de pacientes, periodo de seguimiento y momento en el cual los pacientes son enviados a su domicilio para continuar el tratamiento, todos obtienen resultados similares al analizar variables en relación con la seguridad y eficacia del modelo asistencial motivo de la exposición. A la luz de los resultados obtenidos en los trabajos revisados, concluimos que el alta precoz en las agudizaciones de EPOC es un modelo asistencial seguro, puesto que no genera un aumento en las tasas de readmisión ni en la mortalidad; es viable, ya que existe un subgrupo de pacientes que pueden ser dados de alta precozmente entre todos los pacientes ingresados en una sala de hospitalización; es eficaz, pues permite reducir la estancia hospitalaria, y efectivo, ya que genera un ahorro en los costes sanitarios generados por las agudizaciones. Y, por último, el grado de satisfacción entre los pacientes asignados al modelo asistencial de alta precoz es elevado.

## Bibliografía

1. Miravittles M, Sobradillo V, Villasante C, Gabriel R, Masa JF, Jiménez CA, et al. Estudio epidemiológico de la EPOC

en España (IBERPOC): reclutamiento y trabajo de campo. *Arch Bronconeumol.* 1999; 35: 152-8.

2. S Díaz Lobato, F González Lorenzo, MA Gómez Mendieta, S Mayrales Alises, I Martín Arechabala, C Villasante Fernández-Montes. Evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria en pacientes con EPOC agudizada. *Arch Bronconeumol.* 2005; 41: 5-10.

3. E Sala, L Alegre, M Carrera, M Ibars, FJ Orriols, ML Blanco, et al. Supported discharge shortens hospital stay in patients hospitalized because of an exacerbation of COPD. *Eur Respir J.* 2001; 17: 1138-1142.

4. Teresa Pascual-Pape, Joan R Badia, Ramon M Marrades, Carmen Hernández, Eugeni Ballester, Consol Fornas, et al. Resultados de dos programas con intervención domiciliaria dirigidos a pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica evolucionada. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 408-11.

5. C Hernández, A Casas, J Escarrabill, J Alonso, J Puig-Junoy, E Farrero, et al. Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. *Eur Respir J* 2003; 21: 58-67.

6. L Davies, M Wilkinson, S Bonner, PMA Calverley, RM Angus. "Hospital at home" versus hospital care in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: prospective randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 321: 1265-1268.

7. E Skwarska, G Cohen, KM Skwarski, C Lamb, D Bushell, S Parker, et al. Randomised controlled trial of supported discharge in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2000; 55: 907-912.

8. MM Cotton, CE Bucknall, KD Dagg, MK Johnson, G MacGregor, C Stewart, et al. Early discharge for patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *Thorax* 2000; 55: 902-906.

9. JH Gravid, OA Al-Rawas, MM Cotton, U Flanagan, A Irwin, RD Stevenson. Home treatment of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease by an acute respiratory assessment service. *Lancet* 1998; 351: 1853-55.

10. JC Ojoo, T Moon, S McGlone, K Martin, ED Gardiner, MA Greenstone, et al. Patients' and carers' preferences in two models of care for acute exacerbations of COPD: results of a randomised controlled trial. *Thorax* 2002; 57: 167-169.

11. Felix SF Ram, Jadwiga A Wedzicha, John Wright, Michael Greenstone. Hospital at home for patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence. *BMJ* 2004; 329: 315-318.

12. F González Barcala, R de la Fuente, J Paz, V González, A Pose Reino, L Masa, et al. Hospitalización domiciliaria en patología neumológica aguda: un estudio de casos y controles. *Arch Bronconeumol.* 2005; 41 (Espec Congr): 24.