

ALTA PRECOZ EN LA EPOC: EN CONTRA

*Maribel Botana Rial
CHU Xeral-Cíes, Vigo*

Introducción

La reagudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las causas más frecuentes de ingreso hospitalario en los servicios de neumología. Para reducir el número de días de ingreso surgen nuevas modalidades asistenciales, como la atención domiciliaria, pero que tal vez no son la mejor opción.

EPOC es la 4ª causa de muerte a nivel mundial¹. Las exacerbaciones suponen el 50-70% del coste de la enfermedad; de este porcentaje el 70% se debe al gasto que genera la ocupación de una cama hospitalaria².

En la atención domiciliaria³ de la EPOC podemos diferenciar::

1. Atención Domiciliaria Continuada y Especializada (ADC) que consiste en el cuidado continuo a un paciente estable muy evolucionado (con oxigenoterapia domiciliaria, ventilación mecánica...), cuyo objetivo es detectar y tratar precozmente las descompensaciones.

2. Hospitalización Domiciliaria (HD) que pretende tratar en domicilio las agudizaciones de la EPOC tras el alta desde urgencias o una breve estancia en planta; con asistencia domiciliaria por enfermera especializada en enfermedades respiratorias.

Sobre este segundo tipo nos centraremos a lo largo del artículo.

Discusión

Los principales objetivos del alta precoz en la EPOC son:

1. Disminuir la estancia hospitalaria.
2. Reducir costes (secundariamente al punto 1)

Correspondencia:

*Maribel Botana Rial
CHU Xeral-Cíes. C/ Pizarro 22. CP: 36204 Vigo
Teléfono: 986 81 60 00
Pneuma 2006; 4: 29-31*

aunque también se busca:

3. Mejorar la satisfacción del paciente.
4. Mejorar la calidad de vida.

Son muchos los trabajos que hacen referencia a este tema; aunque es probable que los objetivos arriba descritos no se cumplan^{4,5}.

En muchos de estos trabajos se concluye que se reducen los días de estancia en el hospital. Recogemos varios (tabla 1), donde vemos que en algunos de ellos^{6,7} se observa una disminución en el número de días de hospitalización, pero si analizamos el número total de días de cuidado éste aumenta. En el trabajo de Ojoo et al⁸, el número de días de hospitalización convencional es menor frente al número de días de hospitalización domiciliaria.

En muchas de las publicaciones sobre este tema se concluye que se reducen los costes. Son varias las revisiones que analizan los costes y uso de recursos hospitalarios en pacientes EPOC^{2,11,12}. En un trabajo de Shepperd et al¹⁰, randomizado y controlado, se analiza el coste de pacientes con distintas enfermedades crónicas. Se incluyen pacientes con EPOC se concluye que los costes de la HD son más elevados en este grupo de pacientes.

En todos los trabajos que estudian este tema el análisis de los costes es inadecuado porque:

1. Sólo analizan gastos directos (camas hospitalarias, fármacos, personal sanitario).
2. Sobrevaloran el gasto directo hospitalario (sin considerar que no son pacientes graves y que por tanto el gasto de la cama/día es menor).
3. No contemplan el gasto de personal sanitario de atención primaria.
4. No consideran los gastos indirectos para la familia: absentismo laboral, ausencia de períodos de ocio, ansiedad, coste de personal auxiliar.

Tabla 1. Días de estancia hospitalaria.

Autor	Estancia H G. control	Estancia H de HD	Diferencia	Visitas Domicilio	Nº días totales
Cotton ⁶	6'1	3'2	2'9	11	↑
Hernández ⁷	4'15	1'71	2'4	1'5	↑
Ojoo ⁸	5'9	—	—	—	7'4
Díaz Lobato ⁹	12'2	4	8	2/día	9'2

Respecto al tercer objetivo, no parece que mejore la satisfacción de los pacientes, como recoge Shepperd et al¹⁰ en su trabajo; porque los pacientes EPOC prefieren la hospitalización convencional. Ojoo et al⁸ afirman que los pacientes EPOC descompensados se muestran igualmente satisfechos con la HD que con la convencional (88 y 91% respectivamente); pero no tiene en cuenta que de un grupo de 328 pacientes sólo se randomizan 60 y 35 de 95 candidatos (37%) rechazan la HD. Existe un sesgo de selección en los trabajos^{13,14} al no tener en cuenta que los pacientes aceptan voluntariamente la HD.

Es posible que mejore la calidad de vida, pero porque no hablamos de un alta precoz, sino de un alta de calidad.

No es un alta precoz porque ninguno cumple los criterios de ingreso estándar y en cambio, todos cumplen criterios de alta.

CRITERIOS DE INGRESO (BTS 1997)

1. Nivel de conciencia alterado.
2. Confusión aguda.
3. Severa dificultad respiratoria.
4. Cianosis.
5. Signos de insuficiencia cardíaca.
6. Alteraciones radiológicas.
7. pH < 7.35.
8. PaO₂ < 53 mmHg.
9. Soporte social inadecuado.

CRITERIOS DE ALTA (Gold 2004)

1. Necesidad de terapia inhalada con frecuencia <4 hrs.
2. Capaz de andar entre dos habitaciones.
3. Capaz de comer y dormir sin disnea.
4. Estabilidad clínica de 12 – 24 horas.
5. Gasometría estable 12 – 24 horas.
6. Comprensión total del tratamiento.

Los pacientes incluidos en los trabajos publicados de HD no presentan insuficiencia respiratoria, no presentan hipercapnia¹⁵, no asocian comorbilidad grave, no sufren descompensación de otro órgano y todos tienen apoyo familiar. Se deduce de todos estos puntos que tienen autonomía para comer y caminar en casa sin ningún tipo de ayuda¹⁶.

En la tabla 2 observamos las gasometrías de pacientes randomizados para HD en distintos trabajos^{6,7,13,14} donde podemos observar que desde el punto de vista analítico no cumplen criterios de ingreso. Que los pacientes no presenten comorbilidad o descompensación de algún órgano y que exista apoyo familiar son criterios obligados para poder incluir a un paciente como candidato a HD. En el trabajo de Hernández et al⁷ se escogen 629 pacientes EPOC con exacerbación, de los cuales se randomizan 222 (35%). El seguimiento es de 8 semanas con un máximo de 9 visitas (1-2 visitas como media). Se concluye que con la HD y la hospitalización convencional se consigue igual calidad de vida, grado de satisfacción y conocimiento y manejo de la enfermedad; seguramente porque se trate de pacientes que cumplen desde el principio criterios de alta. Se deduce también que con este trabajo ponemos en duda si son adecuados los estándares y objetivos de los cuidados hospitalarios de los pacientes EPOC agudizados.

Tabla 2. Gasometría arterial de pacientes randomizados para HD.

Autor	pO ₂	pCO ₂
Cotton ⁶	63	43
Davies ¹⁴	72	39
Hernández ⁷	65	42
Swarska ¹³	63	—

Conclusiones

La HD surge como una opción de tratamiento de la agudización de EPOC no grave, sin embargo es posible que ésta no sea una buena alternativa por el momento ya que en ninguno de los trabajos que evalúan esta modalidad asistencial se analizan correctamente los gastos. Además los criterios de alta precoz no están bien definidos y en todos los estudios son pacientes con exacerbación que podrían tratarse de forma ambulatoria sin ningún tipo de soporte hospitalario.

Lo que si podemos afirmar es que alta precoz en la EPOC es un modelo asistencial de mejoría de la calidad.

Bibliografía

1. B R Celli, W MacNee y Miembros del Comité. Estándares para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con EPOC: resumen del position paper elaborado por el grupo de trabajo ATS/ERS. *Eur Respir J* (edición española) 2004; 5 (4):260-78.
2. M Miravittles y M Figueras. El corte de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en España. Opciones para una optimización de recursos. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 388-93.
3. R M Marrades. Hospitalización, ¿una nueva modalidad asistencial?. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 157-59.
4. Felix S F Ram, Jad Wiga A Wedzicha, John Wrigh and Michael Greenstone. Hospital at home for patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence. *BMJ* 2004; 329: 315- 19.
5. J H Gravid, O A Al- Rawas, M M Cotton, U Flanigan, A Irwin, R D Stevenson. Home treatment of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease by an acute respiratory assessment service. *Lancet*; 351: 1853- 55.
6. M M Cotton, C E Bucknall, K D Dagg, M K 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- 06.
7. C Hernandez, 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.
8. J C Ojoo, T Moon, S McGlone, K Martin, E D Gardier, M A 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- 69.
9. S Diaz Lobato, F Gonzalez Lorenzo, M A Gomez Mendieta. S Mayoraes Alises, I Martín Arechavala y C Villasanté Fernández- Montes. Evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria en pacientes con EPOC agudizada. *Arch Bronconeumol* 2005; 41 (1): 5- 10.
10. S Shepperd, D Harwood, A Gray, M Vessey, P Morgan. Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. II: cost minimisation analysis. *BMJ* 1998; 316: 1791- 96
11. J Escarrabill. Costes sanitarios de la EPOC. *Arch Bronconeumol* 2003; 39 (10): 435- 36.
12. A Verdaguer Munujos, S Peiro y J Librero. Variabilidad en la utilización de recursos hospitalarios en pacientes con EPOC. *Arch Bronconeumol* 2003; 39 (10): 442- 48.
13. E Skwarska , G Cohen, K M 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- 12.
14. L Davies, M Wilkinson, S Bonner, P M A Calverley, R M Angus . "Hospital at home" versus hospital care in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: prospective randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 321: 1265- 68.
15. E Sala, L Alegre, M Carrera, M Ibars, F J Orriols, M LBlanco et al. Supported discharge shortens hospital stay in patients hospitalized because of an exacerbation of COPD: *Eur Respir J* 2001; 17: 1138- 42.
16. J M Antoñana, V Sobradillo, D De Marcos, S Chic, J B Gladis y M Iriberrí. Programa de altas precoces y asistencia domiciliaria con exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 489- 94.