



Editorial

Establecer el pronóstico de la agudización de EPOC mediante el uso de escalas de riesgo: punto de vista del servicio de urgencias



Establishing the Prognosis of COPD Exacerbations Using Risk Scales from the Point of View of the Emergency Department

 María Teresa García Sanz^{a,*} y Francisco Javier González Barcala^b
^a Servicio de Urgencias, Hospital do Salnés, Vilagarcía de Arousa, Pontevedra, España

^b Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una causa importante de morbilidad en todo el mundo. La agudización de la EPOC (AEPOC) acelera el deterioro de la función pulmonar, aumenta el riesgo de agudizaciones futuras y empeora la calidad de vida¹. Asimismo, los ingresos hospitalarios por AEPOC se asocian con aumento de la mortalidad y de la incidencia de eventos adversos que impactan negativamente en el pronóstico de estos pacientes^{2,3}. En España la AEPOC supone el 2% de las visitas al servicio de urgencias hospitalario (SUH), el 10% de los ingresos y la quinta causa principal de muerte⁴. El primer contacto médico y la mayor parte de los ingresos por AEPOC ocurren generalmente a través del SUH. Entre los objetivos del tratamiento de la AEPOC se encuentran minimizar su impacto en la calidad de vida del paciente y reducir la incidencia de eventos adversos. Sin embargo, en los SUH con un volumen elevado de asistencias los pacientes tienen más probabilidades de ser dados de alta inapropiadamente y sufrir agudización en las siguientes semanas^{5,6}. Aunque la Guía GOLD señala una serie de indicadores de ingreso, criterios de alta y recomendaciones de seguimiento¹, el manejo apropiado y la calidad de los cuidados proporcionados a los pacientes con AEPOC varía de unos SUH a otros⁷. En muchas ocasiones la decisión de ingreso o alta es realizada en base a criterios clínicos identificados en el SUH o establecidos por el médico responsable. El tratamiento enérgico de la AEPOC en el SUH permite que algunos pacientes mejoren sus síntomas y puedan ser dados de alta; un porcentaje de esos pacientes regresan al SUH en los días y semanas siguientes por diferentes causas: nuevas exacerbaciones, tratamiento inadecuado, incapacidad de manejar síntomas, infecciones o re-exposición a desencadenantes ambientales⁸. Algunos factores predictores de recaída tras el alta del SUH podrían ser la edad, la presencia de comorbilidades, el grado de disnea y la taquicardia, así como la prescripción de determinados fármacos y la realización de pruebas complementarias, considerados marcadores de enfermedad respiratoria grave o de impresión clínica de insuficiencia respiratoria^{6,9}.

Consecuentemente, la aproximación terapéutica a la AEPOC debe contemplar las características del paciente, las características de su agudización y la posibilidad de evolución desfavorable a pesar de un tratamiento correcto.

Diversos autores han desarrollado y validado una serie de escalas de estratificación de riesgo para la AEPOC en el SUH, que permiten gestionar el tratamiento, la decisión de ingreso o alta y la planificación de los cuidados. García Gutiérrez et al.⁴ proponen una escala de predicción con 4 niveles de riesgo para evaluar la gravedad de la AEPOC, basada en variables fácilmente identificables en los SUH: pH, PCO₂, respiración paradójica y uso de musculatura accesoria. Esta escala es capaz de identificar a los pacientes con más probabilidad de fallecer o presentar complicaciones en la primera semana, independientemente de que hayan sido ingresados o dados de alta desde el SUH. Aunque no ha sido validada clínicamente, fue utilizada con buen resultado para medir la gravedad de la AEPOC y evaluar la necesidad de ingreso en estudios posteriores^{3,10}. La escala *COPD Assessment Test* (CAT) fue creada en 2009 para valorar la calidad de vida en los pacientes con EPOC; consta de 8 ítems (tos, expectoración, opresión torácica, disnea, limitación para realizar las tareas del hogar, problemas de sueño o para salir de casa por la disnea, energía) que puntúan de 0 a 5. A mayor puntuación, mayor impacto de la EPOC. Pulido Herrero et al.¹¹ estudiaron la utilidad de este cuestionario para predecir eventos adversos a corto plazo en los pacientes con AEPOC atendidos en los SUH, concluyendo que podría ser de utilidad para predecir el ingreso y la visita al SUH en los dos primeros meses tras la atención inicial por agudización. Los mismos autores, en un artículo más reciente, proponen la puntuación de la CAT 24 h antes de la visita al SUH para evaluar la situación basal del paciente y para supervisar su recuperación después de una agudización¹⁰. Además, dan a entender que la CAT podría tener un papel como predictora de mala evolución al ser incluida en otras escalas, aunque, en este sentido, en su trabajo no se obtienen resultados concluyentes. La escala DECAF-5, creada basándose en variables disponibles en los SUH (disnea, eosinopenia, consolidación, acidosis y fibrilación auricular), predice mortalidad en pacientes ingresados¹². Sin embargo, permite la identificación de

* Autor para correspondencia.

 Correo electrónico: maytegsanz@gmail.com (M.T. García Sanz).

pacientes de bajo riesgo (DECAF0-1), que podrían beneficiarse de alternativas a la hospitalización convencional, como la hospitalización a domicilio o el alta con seguimiento y supervisión por el equipo de atención primaria. Finalmente, la *Ottawa COPD Risk Scale* (OCRS) consta de 10 ítems fácilmente obtenibles de la historia clínica (by-pass coronario, intervención por enfermedad vascular periférica, intubación por distrés respiratorio) y de la exploración y pruebas complementarias realizadas en el SUH (frecuencia cardíaca, cambios isquémicos en el electrocardiograma, signos de edema pulmonar en la radiografía de tórax, cifras de hemoglobina, urea, PCO₂ y saturación de O₂)¹³. Su aplicación permite valorar el riesgo de muerte a 30 días o de aparición de eventos adversos graves en las primeras dos semanas tras la visita al SUH, permitiendo de este modo reducir el número de ingresos innecesarios y de altas inapropiadas de los SUH en los pacientes con AEPOC.

Las escalas de gravedad propuestas son una opción accesible, coste-efectiva¹³ y de fácil aplicación, capaz de identificar objetivamente a los pacientes en riesgo de sufrir evolución desfavorable. Conocer el pronóstico a corto plazo de la AEPOC permite mejorar el manejo clínico y decidir la unidad de ingreso. Como ya se hace con determinadas patologías tiempo-dependientes (ictus, sepsis, síndrome coronario...), el médico de urgencias debe, en colaboración con otras especialidades, desarrollar estrategias de manejo y protocolos consensuados de atención a la AEPOC, contribuyendo de este modo en la mejora de la calidad de vida del paciente y en la eficiencia del sistema sanitario.

La evaluación multidimensional del paciente con AEPOC y la inclusión de escalas en la toma de decisiones podrían mejorar la calidad de la asistencia sin comprometer la seguridad del paciente. En este sentido, el SUH puede ser de utilidad en la reducción de reingresos, identificando a los pacientes que pueden ser dados de alta sin riesgo.

Bibliografía

1. Global initiative for chronic obstructive lung disease. 2019 Report [consultado 24 Feb 2019]. Disponible en: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-v1.7-FINAL-14Nov2018-WMS.pdf>
2. García-Sanz MT, Cánive-Gómez JC, García-Couceiro N, Senín-Rial L, Alonso-Acuña S, Barreiro-García A, et al. Factors associated with the incidence of serious adverse events in patients admitted with COPD acute exacerbation. *Ir J Med Sci.* 2017;186:477–83.
3. Abadías Medrano MJ, Yuguero Torres O, Bardés Robles I, Casas-Méndez LF, Barbé F, de-Batlle J. Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: An analysis of the care process in a regional hospital emergency department. *Medicine.* 2018;97:31.
4. García Gutiérrez S, Quintana López JM, Unzurrunzaga 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 en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias.* 2014;26:251–8.
5. Tsai C, Rowe BH, Cydulka R, Camargo CA. ED visit volume and quality of care in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Emerg Med.* 2009;27:1040–9.
6. Bartels W, Adamson S, Leung L, Sin DD, van-Eeden S. Emergency department management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: Factors predicting readmission. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2018;13:1647–54.
7. Soler-Cataluña JJ, Piñera P, Trigueros JA, Calle M, Almagro P, Molina J, et al. Spanish COPD guidelines (GesEPOC): Hospital diagnosis and treatment of COPD exacerbation. *Emergencias.* 2013;25:301–17.
8. Lippmann SJ, Yeatts KB, Waller AE, Lich KH, Travers D, Weinberger M, et al. Hospitalizations and return visits after chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Emerg Med.* 2013;31:1393–6.
9. Rezaee ME, Ward CE, Nuñez B, Rezaee D, Ditkoff J, Halalau A. Examining 30-day COPD readmissions through the emergency department. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2018;13:109–20.
10. Pulido Herrero E, García Gutiérrez S, Antón Ladislao A, Piñera Salmerón P, Martín Corral MJ, Gorordo Unzueta MI, et al. Utilidad del COPD Assessment Test (CAT) para valorar la recuperación y la mala evolución en la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Emergencias.* 2019;31:21–6.
11. Pulido Herrero E, García Gutiérrez S, Antón Ladislao A, Piñera Salmerón P, Quintana López JM, Gallardo Rebollal MS, et al. Influencia de la calidad de vida en la decisión de ingreso y los resultados adversos a dos meses en los pacientes atendidos por exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en un servicio de urgencias. *Emergencias.* 2016;28:387–95.
12. Steer J, Gibson J, Bourke S. The DECAF Score: Predicting hospital mortality in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax.* 2012;67:970–6.
13. Stiell IG, Perry JJ, Clement CM, Brison RJ, Rowe BH, Aaron SD, et al. Clinical validation of a risk scale for serious outcomes among patients with chronic obstructive pulmonary disease managed in the emergency department. *CMAJ.* 2018;190:E1406–13, <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.180232>