



Uso de antimicrobianos en la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

L. García-Castrillo Riesgo, L. Jiménez Murillo, M. Martínez Ortiz de Zárate, M.S. Moya Mir

La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), preocupada por la continua mejora de la asistencia al enfermo que consulta por un problema urgente y conocedora del consenso alcanzado por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), la Sociedad Española de Quimioterapia (SEQ) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) sobre Uso de antimicrobianos en la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)¹, se adhiere a dicho consenso al mismo tiempo que quiere destacar algunas peculiaridades con el objetivo de enriquecer el documento elaborado por las sociedades anteriormente citadas.

En este número de Emergencias se publica el documento de consenso al que añadimos los siguientes comentarios:

La exacerbación de la EPOC es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) y representa el 2% de las urgencias² con amplias variaciones estacionales. La exacerbación de causa infecciosa constituye el 1,5% de las urgencias atendidas en los SUH y el 13,7% de las infecciones, requiriendo ingreso hospitalario el 40% de los enfermos^{3,4}. El estudio EPINE pone de manifiesto que la prevalencia de infección respiratoria de adquisición comunitaria en enfermos hospitalizados ha aumentado de 28,6% en 1990 a 31,7 en 1997⁵. La exacerbación de EPOC representa la segunda causa de ingreso en la mayoría de los hospitales españoles y generalmente se hace a través del SUH.

La gravedad basal y de la exacerbación de la EPOC ha de basarse en datos clínicos y la gasometría arterial⁶⁻⁹, salvo que se conozca los valores de una espirometría realizada recientemente (en la mayoría de los SUH es prácticamente imposible realizar una espirometría). En su ausencia se puede considerar leve la EPOC que no ocasiona basalmente disnea, como se sugiere en el documento.

El estudio microbiológico en urgencias se realiza, así mismo, en escasas ocasiones¹⁰. En un estudio de SEMES sólo en el 8% de los enfermos con exacerbación de EPOC se llevó a cabo algún estudio microbiológico. Es importante insistir en la necesidad de su realización, pero también que, si el enfermo no ingresa, es muy difícil conseguir que el cultivo realizado llegue al conocimiento del médico encargado de ese paciente, perdiéndose una información que puede ser clínicamente muy valiosa y de un coste económico no despreciable. Por ello, mientras no existan vías clínicas de derivación desde los SUH a la atención comunitaria, no se recomienda la práctica rutinaria del estudio microbiológico.

Consideramos fundamental la posibilidad de dejar al enfermo en observación de Urgencias para valorar la evolución en las primeras 24-48 horas antes de decidir el alta o ingreso definitivo. La mejor forma de mejorar la atención al enfermo en urgencias probablemente sea seleccionando adecuadamente los pacientes con exacerbación de EPOC que realmente necesitan ser hospitalizados y para ello son muy útiles las unidades de observación. Existe una proporción importante de casos en los que la decisión de ingreso o alta no está inicialmente clara. En un estudio la mitad de los enfermos con exacerbación de EPOC que quedaron en observación de urgencias pudieron ser dados de alta sin necesidad de ingreso¹¹.

Los SUH constituyen el lugar más adecuado para decidir el tratamiento antimicrobiano en la exacerbación de la EPOC, especialmente la instauración o no de terapia secuencial, tras observar la respuesta inicial a la administración parenteral del antibiótico.

Dada la importancia del correcto uso de antimicrobianos en la exacerbación de la EPOC en urgencias, la SEMES ha sido invitada a participar en actualizaciones futuras del consenso.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Álvarez F, Bouza E, García-Rodríguez JA, Mayer MA, Mensa J, Monso E, et al. Uso de antimicrobianos en la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev Esp Quimioterp* 2001;14:87-96.
- 2- Ballester F, Pérez-Hoyos S, Rivera ML, Merelles T, Tenías JM, Soriano JB, et al. Patrones de frecuentación y factores asociados al ingreso en el hospital de las urgencias hospitalarias por asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 1999;35:20-6.
- 3- Grupo para el Estudio de la Infección en Urgencias. Estudio epidemiológico de las infecciones en el Área de Urgencias. *Emergencias* 2000;12:80-9.
- 4- Martínez Ortíz de Zárate M. Aspectos epidemiológicos de las infecciones en las Áreas de Urgencias. *Emergencias* 2001;13 (supl 2):S44-S50.
- 5- Vaqué J, Grupo de Trabajo EPINE. Evolución de la prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles. Proyecto EPINE 1990-1997. Madrid. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. 1998.
- 6- Murata GH, Gorby MS, Chick TW, Halperin AK. Use of emergency medical services by patients with descompensated obstructive lung disease. *Ann Emerg Med* 1989;18:501-6.
- 7- Emerman CL, Effrom D, Lukens TW. Spirometric criteria for hospital admission of patients with acute exacerbation of COPD. *Chest* 1991;99:595-9.
- 8- Murata GH, Gorby MS, Kapsner TW, Chick TW, Halperin AK. A multivariate model for the prediction of relapse after outpatient treatment of descompensated chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 1992;152:73-7.
- 9- ATS. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. American Thoracic Society. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152:S77-S121.
- 10- Talan DA. Infectious Disease Issues in the Emergency Department. *Clin Infect Dis* 1996;23:1-14.
- 11- Moya Mir MS, Laguna del Estal P, Salgado Marqués R, Calabrese Sánchez S. Infección respiratoria en observación de urgencias. *Emergencias* 1997;9:98-102.