



Original

Mejora del manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en el servicio de urgencias

Agustín Julián-Jiménez^{a,*}, María José Palomo de los Reyes^a, Raquel Parejo Miguez^b,
Natividad Laín-Terés^a, Rafael Cuenca-Boy^c y Agustín Lozano-Ancín^a

^a Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

^b Centro de Salud Pedro Fuente de Bargas, Atención Primaria, Bargas, Toledo, España

^c Farmacología Clínica, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de octubre de 2012

Aceptado el 23 de diciembre de 2012

On-line el 9 de marzo de 2013

Palabras clave:

Neumonía adquirida en la comunidad

Urgencias

Guías clínicas

Pneumonia severity index

Antibiótico

Mortalidad

Biomarcadores

Procalcitonina

R E S U M E N

Objetivos: Determinar el impacto de la implementación de una guía de práctica clínica (GPC) en el proceso asistencial de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en un servicio de urgencias (SU), analizando los indicadores de manejo (decisión de alta o ingreso, adecuación y precocidad de la antibioterapia, solicitud de estudios complementarios) y de resultados (tiempo de estabilización clínica, tiempo de estancia hospitalaria, reconsultas en el SU y mortalidad).

Métodos: Estudio prospectivo, observacional, descriptivo y comparativo realizado desde el 1 enero de 2008 al 1 agosto de 2009 en 2 fases, antes y después de la implantación de la GPC «Manejo de la NAC en los SU» SEMES-SEPAR 2008. Se incluyó a 200 pacientes adultos atendidos en el SU con el diagnóstico de NAC tanto en el grupo preintervención como en el postintervención.

Resultados: El uso de la GPC consiguió aumentar la administración precoz adecuada del antibiótico ($p < 0,001$) y disminuir el tiempo de tratamiento antibiótico total ($p < 0,001$) e intravenoso ($p = 0,042$), así como reducir el tiempo hasta la estabilización clínica ($p = 0,027$), la estancia hospitalaria (1,14 días, $p = 0,01$) y la mortalidad intrahospitalaria ($p = 0,004$) y global a los 30 días ($p = 0,044$). El uso del *Pneumonia Severity Index* (PSI) y los biomarcadores ayudaron a mejorar la adecuación de la decisión: alta o ingreso ($p < 0,001$).

Conclusiones: La implementación de la GPC SEMES-SEPAR 2008 con el uso del PSI y los biomarcadores mejoró de forma significativa todo el proceso asistencial de la NAC, siendo beneficiosa para los enfermos y para el sistema al lograr disminuir la mortalidad y el resto de indicadores de resultados y de manejo.

© 2012 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Improved Management of Community-Acquired Pneumonia in the Emergency Department

A B S T R A C T

Objectives: To determine the impact of implementing clinical practice guidelines (CPGs) in the treatment of community-acquired pneumonia (CAP) in the emergency department (ED) by analyzing case management decisions (admission or discharge, appropriateness and timeliness of antibiotic therapy, complementary tests) and the consequent results (clinical stabilization time, length of hospital stay, re-admission to ED and mortality).

Methods: A prospective, observational, descriptive, comparative study carried out from 1 st January 2008 to 1 st August 2009 in two phases: before and after the implementation of the «Management of CAP in ED» SEMES-SEPAR (Spanish Society of Emergency Medicine - Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery) clinical practice guidelines from 2008. Two hundred adult patients treated in the ED with a diagnosis of CAP were included in the study, both in the pre-intervention and post-intervention groups.

Results: The application of the guidelines increased the administration of early and appropriate antibiotic therapy ($P < .001$) and shortened both the total antibiotic therapy ($P < .001$) and the intravenous antibiotic therapy ($P = .042$) times. Time to clinical stabilization ($P = .027$), length of hospital stay

Keywords:

Community-acquired pneumonia

Emergency department

Practical guidelines

Pneumonia severity index

Antibiotics

Mortality

Biomarkers

Procalcitonin

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: agustinj@sescam.jccm.es (A. Julián-Jiménez).

(1.14 days, $P = .01$), intra-hospital mortality ($P = .004$) and total 30-day mortality ($P = .044$) were all reduced. Assessment with the Pneumonia Severity Index (PSI) and biomarkers aided in appropriate decision-making concerning admission/discharge ($P < .001$).

Conclusions: The implementation of the SEMES-SEPAR 2008 guidelines, along with the use of PSI and biomarkers, significantly improved the entire treatment process of CAP. This benefitted both patients and the system by reducing mortality and improving the results of other patient management factors.

© 2012 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) representa la principal causa de muerte por enfermedad infecciosa en los países occidentales (del 10 al 14%, según la edad y los factores de riesgo asociados) y es el origen de gran parte de las sepsis (S), sepsis grave (SG) y shock sépticos (SS) que se atienden en los servicios de urgencias (SU)¹. En España su incidencia está en torno a los 2-5 casos/1.000 habitantes/año y puede aumentar a 15-35 casos/1.000 habitantes/año en épocas de epidemia viral, en los mayores de 65 años y en enfermos crónicos o con hábitos tóxicos². Es conocida la gran variabilidad existente, entre distintos centros y entre los clínicos de un mismo centro, en el abordaje y manejo de todos los aspectos diagnóstico-terapéuticos de los pacientes con NAC³⁻⁵. Este hecho constituye una de las razones que explican la existencia de tasas de ingreso muy diferentes, que oscilan del 22 al 61% según los centros, los distintos especialistas y la época del año. También la solicitud de estudios complementarios, la elección de la pauta antimicrobiana, la intensidad de cuidados o el empleo de recursos son muy diferentes entre distintos centros, lo que viene determinado muchas veces por las características, los recursos, la ubicación y la experiencia de los médicos que trabajan en los SU⁶. Pero esta variabilidad implica que el pronóstico y la evolución de los enfermos con NAC también sean diferentes⁷. Se estima que el 75% de todas las NAC son atendidas en los SU, lo que nos revela el importante papel del médico de urgencias (MU) en el manejo inicial de estos procesos que podrá marcar su evolución y su morbimortalidad^{1,2,6}. Entre las decisiones más importantes que debe tomar el MU, determinar la necesidad de ingreso del paciente con NAC (el cuándo), su ubicación adecuada (el dónde) y los cuidados que precisan los pacientes (el cómo) va a condicionar tanto el pronóstico del paciente (morbimortalidad) como la solicitud de pruebas de laboratorio y de estudios microbiológicos, la elección de la pauta antimicrobiana inicial, la intensidad de la observación clínica y el uso de recursos sociosanitarios⁸. De todo ello dependerán los costes finales, que se incrementan de 8 a 25 veces en el paciente ingresado respecto al tratado en el domicilio⁹. Junto a la decisión de destino del paciente, la administración precoz de la pauta antimicrobiana adecuada y de las medidas de soporte hemodinámico y respiratorio necesarias constituyen los factores más determinantes en la evolución y la mortalidad de los pacientes con NAC¹⁰. Por ello, en los últimos años muchos son los autores que reclaman la necesidad de un protocolo o de una guía de práctica clínica (GPC), «Código NAC o Neumonía Cero»¹⁰, que consiga, como en el caso del síndrome coronario agudo o en el del ictus¹¹, que el paciente con NAC en el SU, sobre todo si presenta SG o SS, sea siempre priorizado y tratado inmediatamente por objetivos, lo que puede contribuir a la disminución de la variabilidad clínica y de la mortalidad^{10,12}. Muchos estudios han demostrado la utilidad y la eficacia de las GPC en relación con la NAC¹³⁻¹⁶: la mayoría han sido realizados por especialistas en neumología y solo analizan a los pacientes que ingresan en el hospital, aunque recientemente se han publicado otros que incluyen a los pacientes dados de alta (que constituyen el 35-50% de los pacientes con NAC atendidos en los SU)^{17,18}. A pesar de que la eficacia y la

eficiencia de las GPC es reconocida, su seguimiento y adherencia por los clínicos son escasos en general, y hasta el 35-65% confiesan no utilizarlas^{4,19-20}.

La implantación de una GPC en un SU consensuada con el resto de especialistas y adaptada al centro es, probablemente, la principal herramienta para disminuir la variabilidad clínica y mejorar el manejo del proceso¹⁵⁻¹⁸. En nuestro hospital, durante el año 2008 pudimos comprobar que existía una gran variabilidad clínica y una adherencia muy escasa (menos del 40%) a la GPC de referencia²¹. Ese año se publicó el documento «Manejo de la NAC en los SU»^{1,22}, elaborado por TIR-SEPAR (Área de Tuberculosis e Infecciones Respiratorias de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica) e INFURG-SEMES (grupo de estudio Infecciones en Urgencias de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias) con el objetivo de servir de instrumento para disminuir la variabilidad clínica y mejorar el manejo integral de la NAC desde los SU¹. El objetivo de nuestro estudio fue determinar el impacto de la implementación de la GPC SEMES-SEPAR 2008 desde nuestro SU en el proceso asistencial de la NAC, comparando los indicadores de manejo (decisión de alta o ingreso, adecuación y precocidad de la antibioterapia, solicitud de estudios complementarios) y de resultados (tiempo de estancia hospitalaria y estabilización clínica, reconsultas en el SU y mortalidad) antes y después de la intervención.

Pacientes y métodos

Sitio del estudio

El estudio se realiza en el Complejo Hospitalario de Toledo. Se trata de un centro de tercer nivel de 800 camas perteneciente al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) con un área de referencia de 435.000 personas. El SU dispone de un área de medicina interna atendida por MU de plantilla propia y residentes de distintas especialidades médicas. Durante los años 2008 y 2009 se valoraron de media 416 y 430 urgencias/día y la incidencia de la NAC en pacientes ≥ 18 años supuso el 0,92 y el 0,98% de todos los enfermos vistos en el SU (3,21 y 3,56 casos/1.000 habitantes/año, respectivamente). Los pacientes con NAC pueden ser dados de alta desde el SU (incluyendo a los que permanecen en observación hasta 24 h), ingresar en la unidad de cuidados intensivos (UCI) o ingresar en la unidad de corta estancia (UCE), en planta de neumología, de medicina interna o geriatría y, en menor medida (<3%), en otros servicios con especialistas de guardia propios las 24 h (nefrología y hematología). El MU determina la decisión de ingreso y el servicio de destino inicial, salvo en el caso de la UCI, donde realiza consulta al intensivista de guardia.

Diseño del estudio

Estudio observacional, a simple ciego y con seguimiento prospectivo de los pacientes en 2 fases: antes y después de una intervención consistente en la implantación de la GPC «Manejo de la NAC en los SU» (SEMES-SEPAR 2008)^{1,22} junto con sesiones formativas sobre la misma a todos los MU y residentes del centro, tal y como se describe más adelante.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4203454>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4203454>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)