



Criterios de ingreso hospitalario y en Unidad de Cuidados Intensivos en las neumonías

N. Caro Gómez*, C. Rodríguez Leal, C. Collado Pérez, P. Pérez Guerrero, E. Ruiz Blasco y J.A. Girón González
Unidad de Gestión Clínica. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Palabras Clave:

- Neumonía adquirida en la comunidad
- Escala CURB-65
- Escala Fine o PSI
- Criterios ATS/IDSA

Keywords:

- Community-acquired pneumonia
- CURB-65 score
- PSI score
- ATS-IDSA criteria

Resumen

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una enfermedad frecuente y potencialmente grave. Es prioritario identificar la gravedad de estos pacientes a su llegada al Servicio de Urgencias para decidir el lugar idóneo donde aplicar el tratamiento, ya sea ambulatorio, en planta de hospitalización o en la UCI. Para ello, utilizamos escalas que permiten establecer de forma objetiva la probabilidad de fallecimiento de un paciente con NAC y, de esta forma, estimar la posibilidad de ingreso hospitalario y elegir el tipo de tratamiento más adecuado en función de la gravedad. Las más utilizadas son la escala de Fine o PSI y la escala CURB-65. Para valorar el ingreso en la UCI se utilizan escalas como SMART-COP o SCAP, siendo los criterios de la normativa ATS-IDSA de 2007 los más utilizados.

Abstract

Criteria for admission to hospital and the intensive care unit with pneumonia

Community-acquired pneumonia (CAP) is a frequent and potentially serious disease. It is a priority to identify the severity of these patients upon their arrival in the emergency department to decide on the ideal place to apply the treatment, whether ambulatory, inpatient facility or ICU. To do this, we use scales that allow to objectively establish the probability of death of a patient with CAP, and, in this way, to estimate the possibility of hospital admission and to choose the type of treatment that is most appropriate according to the severity. The most used ones are the scale of Fine or PSI and the CURB-65 scale. Scales such as SMART-COP or SCAP are used to assess ICU admission, with the 2007 ATS-IDSA criteria being the most commonly used criteria.

Introducción

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una enfermedad grave con elevada mortalidad y morbilidad, siendo la causa infecciosa más frecuente de defunción. Tiene una incidencia en nuestro país de 1,6 a 1,8 casos por 1.000 habitantes y año. Es más frecuente en invierno, en personas ma-

yores de 65 años y en varones, con presencia de diversos factores de riesgo tales como malnutrición, consumo de alcohol y tabaco o enfermedad pulmonar obstructiva crónica¹.

Las tasas de hospitalización en Europa aumentan progresivamente con la edad. Entre los 18 y 39 años, existen 1,29 casos por 1.000 habitantes al año que ascienden a 13,21 casos entre la población mayor de 55 años. Entre el 6-10% de las neumonías requieren ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La tasa de mortalidad en pacientes ambulatorios es del 5%, en hospitalizados entre el 5,7-14% y en los ingresados en la UCI asciende al 34-50%².

*Correspondencia
Correo electrónico: Natacg74@hotmail.com

Evaluación de la gravedad y escalas pronósticas

Una vez realizado el diagnóstico de NAC debemos valorar la gravedad del cuadro con el objetivo de decidir dónde se realizará el tratamiento (ambulatorio, área de hospitalización o UCI) y cuál será el más adecuado.

En el caso de que el paciente presente *shock* séptico o precisara ventilación mecánica, el ingreso sería en la UCI (fig. 1). Si existen dudas sobre la posibilidad de poder efectuar el tratamiento en régimen ambulatorio (dificultad para la ingesta oral, falta de adherencia al tratamiento, consumo de sustancias tóxicas, enfermedad mental, etc.) o si presentase saturación de O₂ menor del 92%, se procede al ingreso hospitalario. En el resto de casos, recurrimos a escalas de riesgo establecidas para decidir futuras decisiones. Las dos escalas pronósticas más utilizadas en el Servicio de Urgencias hospitalarias son la escala CURB-65 y la escala de Fine o PSI (*Pneumonia Severity Index*). Tienen una capacidad similar para reconocer a los pacientes con riesgo de fallecer a los 30 días.

Escala CURB-65

CURB-65 es el acrónimo de *confusion* (confusión), *urea* (urea superior a 7 mmol/l), *respiratory rate* (frecuencia respiratoria mayor o igual a 30 respiraciones/minuto), *blood pressure* (presión arterial diastólica igual o menor a 60 mm Hg o sistólica inferior a 90 mm Hg) y *age* (edad) igual o mayor a 65 años. Se suma un punto por cada una de las variables presentes, con un rango posible de 0 a 5 puntos³ (tabla 1).

Se clasifica a los pacientes en diferentes grupos de riesgo. A los enfermos del grupo I (0 y 1 puntos) se les recomienda tratamiento ambulatorio. A los pacientes del grupo II (2 puntos) se les recomienda una hospitalización corta y, finalmente, a los pacientes del grupo III (3-5 puntos) se les recomienda su ingreso hospitalario e incluso en la UCI en los casos más graves.

Esta escala detecta mejor a los pacientes de alto riesgo que deberían ser ingresados, pero presenta grandes limitaciones al sobrestimar el riesgo en muchos de los mayores de 65 años por el criterio de la edad. Algunos autores cuestionan la utilidad de estas escalas de riesgo en ancianos y sitúan en 75-80 años de edad el nuevo punto de corte como predictor independiente de riesgo de mortalidad.

TABLA 1
Escala CURB 65

Característica	Puntuación
Confusión (desorientación en tiempo, espacio o persona)	1
Urea sérica > 7 mmol/l	1
Frecuencia respiratoria > 30/min	1
TA sistólica < 90 mm Hg o	1
TA diastólica ≤ 60 mm Hg	
Edad > 65 años	1

TA: tensión arterial.

Escala de Fine o PSI

Esta escala es más completa que la escala CURB-65. Combina 20 variables demográficas, de morbilidad, hallazgos de laboratorio y radiológicos (tabla 2). Sumando los valores obtenidos de las 20 variables se obtiene una puntuación final que clasifica a los pacientes en cinco grupos de riesgo. Los pacientes de la clase I (menores de 50 años y sin factores de riesgo) y II (menos de 70 puntos) tienen una mortalidad muy baja; por lo tanto se considera que pueden ser tratados de forma ambulatoria. Los pacientes de la clase III (entre 71-90 puntos) requieren hospitalización corta en áreas de alta resolución hospitalaria si se dispone de ellas. Y, por último, los pacientes de las clases IV (91-130 puntos) y V (más de 130 puntos) deben ser ingresados en el hospital, dada su mayor probabilidad de muerte, y valorar su ingreso en la UCI en los casos más graves.

El PSI identifica bien el bajo riesgo de mortalidad en las clases I-III y nos ayuda a decidir el alta, pero puede infraestimar la gravedad, sobre todo en jóvenes con hipoxemia. En cualquiera de los casos, siempre que exista *shock* séptico o insuficiencia respiratoria que precise ventilación mecánica, sería obligado su ingreso en la UCI⁴.

Criterios de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos

Una vez decidido el ingreso hospitalario, es conveniente diferenciar a los pacientes que requieren tratamiento en la

TABLA 2

Escala de Fine o PSI (*Pneumonia Severity Index*)

Características del paciente	Puntuación
Factores demográficos	
Edad en varones	Nº de años
Edad en mujeres	Nº de años - 10
Asilo o residencia	+ 10
Comorbilidades	
Enfermedad neoplásica	+ 30
Enfermedad hepática	+ 20
Insuficiencia cardíaca congestiva	+ 10
Enfermedad cerebrovascular	+ 10
Enfermedad renal	+ 10
Hallazgos del examen clínico	
Estado mental alterado	+ 20
Frecuencia respiratoria ≥ 30/min	+ 20
Tensión arterial sistólica < 90 mm Hg	+ 20
Temperatura < 35° o ≥ 40°C	+ 15
Pulso ≥ 125/min	+ 10
Hallazgos del laboratorio/radiográficos	
pH arterial < 7,35	+ 30
BUN ≥ 30 mg/dl	+ 20
Sodio < 130 nmol/l	+ 20
Glucosa ≥ 250 mg/dl	+ 10
Hematocrito < 30%	+ 10
PaO ₂ < 60 mm Hg	+ 10
Derrame pleural	+ 10
PaO ₂ : presión arterial de O ₂ .	

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8764272>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8764272>

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