

M. S. Moya Mir

# Neumonía adquirida en la comunidad en los servicios de urgencia españoles

Servicio de Urgencias  
Hospital Universitario Puerta de Hierro  
Departamento de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid  
Majadahonda (Madrid)

La incidencia de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) no es bien conocida. La American Thoracic Society (ATS) estima que en Estados Unidos ocurren cada año 5.600.000 casos<sup>1</sup>. En España los datos basados en estudio de población indican que hay 2,62 casos por mil habitantes y año<sup>2</sup>, cifras semejantes a las de Italia<sup>3</sup> e inferiores a las de Finlandia<sup>4</sup>. La incidencia aumenta con la edad y llega a 3,4 casos por mil habitantes y año en mayores de 75 años<sup>4</sup>. En residencias de ancianos la incidencia es aún mayor situándose en torno a 365 casos por mil habitantes y año, es decir un caso diario por cada mil residentes<sup>5</sup>. Además, en estas instituciones, la neumonía es la principal causa de traslado al hospital, constituyendo el 50%<sup>5,6</sup>.

La NAC da lugar a un ingreso hospitalario por cada mil habitantes y año. Entre el 50 y el 78% de los enfermos con NAC atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) ingresan, constituyendo la primera causa de hospitalización, sólo superada en algunos hospitales por las agudizaciones de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)<sup>2,7</sup>. La prevalencia de infección respiratoria de adquisición comunitaria en los hospitales españoles pasó de 28,65% en 1990 a 36,41% en 1999 (siendo la prevalencia 43,50% en los hospitales pequeños)<sup>8</sup>. En los SUH de hospitales comarcales la neumonía es la infección más frecuente, representando el 24,8% de las infecciones atendidas<sup>9</sup>, mientras que en los hospitales de segundo y tercer nivel ocupa el segundo lugar tras la agudización de EPOC<sup>7,10</sup>.

Los SUH viven una situación de saturación casi continua, en gran parte debida al retraso en el ingreso de los enfermos que lo necesitan, por falta de camas hospitalarias disponibles. Teniendo en cuenta que una proporción importante de estos ingresos se debe a pacientes con NAC, cualquier intento encaminado a disminuir su porcentaje de hospitalizaciones será una medida importante para aliviar los problemas de saturación de los SUH y más aún teniendo en cuenta que

la neumonía es la infección respiratoria de vías bajas que menos variación estacional tiene, a diferencia de lo que ocurre con la bronquitis aguda, agudización de la EPOC y gripe<sup>7</sup>.

Para conseguir disminuir el porcentaje de ingreso en la neumonía se han intentado diferentes estrategias pero, probablemente, las medidas más eficaces pueden ser la utilización de unidades de observación de urgencias, que han ido proliferando y actualmente existen en casi todos los hospitales, y la adecuada selección de enfermos que pueden ser tratados en su domicilio y aquellos que claramente deben ingresar en el hospital.

En las unidades de observación de urgencias deben quedar los enfermos en los que no está claro si pueden recibir tratamiento domiciliario. En un estudio realizado en 52 hospitales españoles en el año 2000 esto sucedía en una pequeña proporción de enfermos (2,2%)<sup>7</sup>. Aproximadamente una cuarta parte de estos pacientes podían ser enviados a su domicilio porque evolucionaban favorablemente en las primeras horas y el resto debía ingresar<sup>11</sup>. Desde el año 2000 probablemente el porcentaje ha aumentado, pero sigue siendo pequeño como para considerar esta única actuación la solución a la sobrecarga de ingresos por NAC.

Las escalas de gravedad más utilizadas para valorar si es posible el tratamiento domiciliario de la neumonía son el índice de gravedad de neumonía de Fine (PSI)<sup>12</sup> y el CURB65 (Confusión, Uremia, Respiratory rate, low Blood pressure, mayor de 65 años)<sup>13</sup>. El primero es mucho más empleado para la toma de decisiones y sin embargo tiene importantes deficiencias derivadas del hecho de que es un índice pronóstico y no para tomar decisiones. Por ello no es valorable y el paciente debe ingresar, independientemente del valor del PSI, si hay hipoxemia inferior a 60 mmHg, shock, enfermedad previa descompensada, derrame pleural, imposibilidad para la ingesta, problemas sociales, fracaso del tratamiento antibiótico previo, adicción a drogas por vía parenteral, enfermedad rara grave, alteración mental grave y afectación funcional grave. Además, puede ocurrir que el paciente esté muy cerca de puntuar en varios apartados sin llegar a hacerlo, lo que puede falsear los resultados no indicando un ingreso necesario. En el extremo contrario hay pacientes de

Correspondencia:  
Manuel S. Moya  
Servicio de Urgencias  
Hospital Universitario Puerta de Hierro  
Manuel de Falla, 1  
28222 Majadahonda (Madrid)

edad muy avanzada que tienen puntuación para ingresar y sin embargo la indicación es clínicamente poco clara y especialmente si el enfermo vive en una residencia de ancianos en las que la mortalidad es la misma que en el hospital, si en ella es posible la administración de antibioticoterapia intravenosa<sup>5</sup>.

Es mucho más evidente (nivel de evidencia III) que los enfermos con una puntuación  $\geq 2$  en el CURB65 deben ingresar, siendo menos fiable para la decisión de administrar el tratamiento en el domicilio. Las recomendaciones de la Infections Diseases Society of America y la ATS<sup>14</sup> se decantan claramente por este índice, al que consideran superior al PSI, para decidir el ingreso en el hospital, sin que nada pueda sustituir el buen juicio clínico del médico que atiende al paciente.

En definitiva la selección, mediante escalas o índices, de enfermos con NAC para tratamiento domiciliario tampoco es la solución única para la sobrecarga asistencial en urgencias. Por ello hay que considerar otras actuaciones más imaginativas y laboriosas que exigen los acuerdos del SUH con otros profesionales. En este sentido debe valorarse positivamente el establecimiento de líneas de colaboración con residencias de ancianos asistidas para tratar la neumonía de personas de edad avanzada en ellas, si son asistidas y permiten la administración de medicación intravenosa, o el tratamiento domiciliario administrando el antibiótico por vía intravenosa<sup>15</sup>. La hospitalización a domicilio es una variedad equivalente, poco desarrollada en la mayoría de las áreas sanitarias de España<sup>16</sup>.

En este número de la revista, Martínez et al. presentan los datos de 341 pacientes con NAC atendidos el SUH de 24 hospitales en los que ingresaron<sup>17</sup>. Aunque el estudio no está dirigido a la utilidad de las escalas para tomar la decisión de ingreso, llama la atención que casi el 20% de los pacientes tenía un PSI inferior a 90 (clase I-II) en los que se recomienda tratamiento domiciliario y por tanto no tendrían que haber ingresado. Estos datos sugieren que la escala PSI se valora poco para tomar la decisión de destino del paciente o bien que su utilidad es muy relativa, prevaleciendo siempre la valoración clínica en la decisión de ingreso del paciente con NAC.

Por otro lado, un 14,7% de los enfermos ingresados tenía un PSI de clase III, en los que una opción es dejarles en observación de urgencias para ver si se hospitalizan o no, según la evolución en las primeras horas. Es posible que algunos de estos 50 pacientes sean los que ingresaron en las unidades de corta estancia, que pueden suplir parcialmente el papel realizado por la observación de urgencias, pero sólo había 29 enfermos con PSI inferior a clase IV entre los que ingresaron en corta estancia. De esta forma quedarían aún 21 casos que podrían haber estado en observación de urgencias y no lo hicieron. Por tanto, parece que la escala PSI tampoco es ampliamente utilizada para decidir si un paciente permanece o no en observación de urgencias.

Otros datos que aparecen en este estudio eran esperables, teniendo en cuenta el ambiente de gran presión asistencial en que se actúa en el SUH. En este sentido se encuentra explicación al hecho de que sólo a la mitad de los pacientes se les realizara hemocultivo y al 34% antigenuria para neumococo y al 42% para *Legionella*, ya que el resultado de estas pruebas complementarias casi nunca modifica la decisión terapéutica inicial que debe iniciarse precozmente. El objetivo ideal de administrar el antibiótico antes de que transcurran 4 h desde que el paciente llega a urgencias<sup>18</sup> parece poco realizable e incluso en Estados Unidos se ha decidido retirar este requisito entre los criterios de calidad de un SUH y ampliarlo a 6 h<sup>19</sup>.

Junto a estos datos esperables, un hecho sorprendente en los pacientes más graves es la menor frecuencia con que se hace la antigenuria, a pesar de que en ellos hay más posibilidades de que sea positiva. Es posible que esto se deba a que en los enfermos más graves el médico de urgencias suele poner una cobertura antibiótica de amplio espectro, que no va a modificar aunque la antigenuria sea positiva.

Parece evidente que aún nos queda un amplio camino que recorrer y necesitaremos mucha imaginación para encontrar alternativas seguras al ingreso hospitalario de los enfermos con NAC.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Niederman MS, Mandell A, Anzueto A, Bass JB, Broughton WA, Campbell GD, et al. Guidelines for management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:1730-57.
2. Almirall J, Bolívar I, Vidal J, Sauca G, Colia P, Niklasson B, et al. Epidemiology of community acquired pneumonia in adults: a population based study. *Eur Respir J* 2000;15:757-63.
3. Viegí G, Pistelli R, Cazzola M, Falcone F, Cerveri I, Rossi A, et al. Epidemiological survey on incidence and treatment of community acquired pneumonia in Italy. *Resp Med* 2006;100:46-55.
4. Jokinen C, Heiskanen L, Juvonen H, Kallinen S, Karkola K, Korppi M, et al. Incidence of community acquired pneumonia in the population of four municipalities in eastern Finland. *Am J Epidemiol* 1993;137:977-88.
5. Muder RR. Pneumonia in residents of longterm care facilities: epidemiology, etiology, management and prevention. *Am J Med* 1998;105:319-30.
6. Moya Mir MS, Ramos Martínez A. Concepto de Urgencia Médica. Epidemiología de las Urgencias. Características diferenciales de las urgencias en el anciano. En Moya Mir MS Servicios de Urgencias y Residencias de Ancianos. Proyecto SUyRA. Madrid: Edicomplet, 1999;11-16.
7. Picazo JJ, Mascias Cadavid C, Herreas A, Moya Mir M, Pérez-Cecilia E, y Grupo de Estudio DIRA. La infección respiratoria en los servicios de urgencia hospitalarios. Estudio DIRA. *Emergencias* 2002;14:155-9.

8. Vaqué J, Roselló J. Evolución de la prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles. Proyecto EPINE. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, 2001.
9. Moya Mir MS, García Criado EI, Herrero Olivares MA, Mariné Blanco M, y Grupo EPYAZUR. Prevalencia de la infección en urgencias de primer nivel (estudio EPYAZUR). *Aten Prim* 2002;30:130.
10. Grupo para el Estudio e la Infección en Urgencias. Estudio epidemiológico de las infecciones en el área de urgencias. *Emergencias* 2000;12:80-9.
11. Moya Mir MS, Laguna P, Salgado R, Calabrese S. Infección respiratoria en observación de Urgencias. *Emergencias* 1997;9:98-102.
12. Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, Hanusa BH, Weissfeld LA, Singer DE, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N Engl J Med* 1997;336:243-50.
13. Lim WS, van der Eerden MM, Laing R. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax* 2003;58:377-82.
14. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell GD, Dean NC, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis* 2007;44:S27-S72.
15. González Ramallo VJ, Bouza Santiago E. Tratamiento antimicrobiano intravenoso en el domicilio. *Med Clin (Barcelona)* 2008;131:295-7.
16. Pérez López J, San José Laporte A, Aleman Manso C, Pardos-Gea J, Vilardell Tarrés M. Antibioterapia intravenosa domiciliaria en una unidad de hospitalización a domicilio: factores pronósticos de reingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)* 2008;131:290-2.
17. Martínez D, Álvarez-Rodríguez V, Martínez-Ortiz-de-Zárate M, Rivas M, Giménez MJ, Aguilar, L, et al. Manejo en la sala de urgencias de pacientes con neumonía adquirida en la comunidad que requieren tratamiento hospitalario. *Rev Esp Quimioterap* 2009;22:4-9.
18. Houck PM, Bratzler DW, Nsa W, Ma A, Bartlett JG. Timing of antibiotic administration and outcomes for Medicare patients hospitalized with community-acquired pneumonia. *Arch Intern Med* 2004 Mar 22;164:637-44.
19. Mitka M. JCAHO tweaks emergency departments' pneumonia treatment standards. *JAMA* 2007;297:1758-9.