

9. Capelastegui A, España PP, Quintana JM, Areitio I, Gorordo I, Egurrola M, et al. Validation of a predictive rule for the management of community-acquired pneumonia. *Eur Respir J*. 2006;27:151–7.

Andrés Canut^{a,*} y Miriam Delgado^b

^a Servicio de Microbiología, Hospital Universitario de Álava, Álava, Vitoria, España

^b Servicio de Hospitalización a Domicilio, Hospital Universitario de Álava, Álava, Vitoria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: andres.canutblasco@osakidetza.net (A. Canut).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.09.014>

Influencia del *Pneumonia Severity Index* en la toma de decisiones en el servicio de urgencias



Influence of Pneumonia Severity Index in the decision-making process in the emergency department

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo de Delgado M. et al.¹ donde evalúan diferentes indicadores de proceso y resultado obtenidos al aplicar de forma rutinaria el índice *Pneumonia Severity Index* (PSI) junto con el resto de las recomendaciones de la SEPAR/IDSA^{2,3}. Estos resultados los comparan con otro periodo previo donde no se aplicaban estas guías, evidenciando una disminución de los ingresos de los pacientes con neumonía de bajo riesgo (ingresando el 40% de este grupo —58 pacientes—, y justifican los diferentes motivos de ingreso de estos pacientes), con una estancia hospitalaria y una mortalidad global a los 30 días similar en ambos grupos. En un estudio realizado en nuestro servicio de urgencias hospitalarias (SUH)⁴, donde se recogieron 550 neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) consecutivas durante un año y donde se aplicó de forma rutinaria el PSI y las guías de la SEPAR², de los pacientes con bajo riesgo (PSI I, II y III) se ingresaron el 65% (222 pacientes).

Coincidimos con los autores que, a pesar de aplicar la escala pronóstica, existe un excesivo ingreso de pacientes con NAC incluso con criterios de bajo riesgo. Así el PSI, por un lado, penaliza la edad y las comorbilidades y tampoco valora adecuadamente a los pacientes con EPOC, donde las NAC tienen un peor pronóstico⁵, ni la dependencia funcional. Por otro lado, puede infravalorar la magnitud de la afectación aguda, especialmente en pacientes jóvenes; la presencia de otras variables no englobadas en el PSI —incapacidad de tomar la medicación oral, vómitos importantes, presencia de hipoxemia, problemas psicológicos o sociales que impidan tomar la medicación, adicciones a drogas, infección por el VIH, alcoholismo— puede justificar esta alta tasa de ingresos hospitalarios de pacientes con NAC de bajo grado^{6–8}.

Pero creemos que debemos ser también autocríticos, pues existen causas que no justifican el ingreso de pacientes con NAC de bajo riesgo desde nuestros SUH. Así, la presencia de malestar general o quebrantamiento, la fiebre sintomática, una intensa leucocitosis, el dolor pleurítico, la presencia de un mínimo derrame pleural, la comorbilidad importante asociada, la exacerbación leve de una EPOC o del asma se toman como motivos justificados de ingreso sin serlo en muchas ocasiones. O bien pacientes ancianos con comorbilidad importante, excelente estado general, estabilidad hemodinámica y sin hipoxemia son ingresados por mostrar un PSI de riesgo alto y que, según nuestra opinión, garantizando un control ambulatorio óptimo y precoz tras el alta desde los SUH se evitarían

muchos de estos ingresos manteniendo la calidad asistencial^{9,10}. Por ello, vemos necesario realizar estudios en cuyo diseño tenga cabida la perspectiva de los SUH para conocer las causas de ingreso pacientes con NAC, y en especial para detectar las razones por la que los pacientes con NAC de bajo riesgo de mortalidad quedan ingresados. Probablemente ello nos conduzca a redefinir los criterios de ingreso en la NAC, y que posiblemente deban contemplarse diferentes variables definitorias del PSI.

Bibliografía

1. Delgado M, Alvarez MM, Carrascosa I, Rodríguez-Velasco M, Barrios JL, Canut A. Uso rutinario del *Pneumonia Severity Index* en el servicio de urgencias: efecto sobre los indicadores de proceso y resultado en neumonía adquirida en la comunidad. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31:289–97.
2. Alfageme I, Aspa J, Bello S, Blanquer J, Blanquer R, Borderías C, et al. Normativas para el diagnóstico y el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad Sociedad Española de Neumología y Cirugía torácica (SEPAR). *Arch Bronconeumol*. 2005;41:272–89.
3. Mandell LA, Bartlett JG, Dowell SF, File Jr TM, Musher DM, Whitney C. Infectious Diseases Society of America Update of practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adults. *Clin Infect Dis*. 2003;37:1405–33.
4. Llorens P, Murcia J, Laghzaoui F, Martínez-Beloqui E, Pastor R, Marquina V, et al. Estudio epidemiológico de la neumonía adquirida en la comunidad diagnosticada en un servicio de urgencias: ¿influye el índice de Fine en la toma de decisiones? *Emergencias*. 2009;21:247–54.
5. Restrepo MI, Mortensen EM, Pugh JA, Anzueto A. COPD is associated with increased mortality in patients with community-acquired pneumonia. *Eur Respir J*. 2006;28:346–51.
6. Julián Jiménez A. ¿Cuándo y dónde ingresar las neumonías adquiridas en la comunidad? *Emergencias*. 2011;23:161–3.
7. Ferré Losa C, Llopis Roca F, Jacob J, Juan Pastor A, Palom Rico X, Bardés I. Evaluación de la utilidad de la tinción de Gram del esputo para el manejo de la neumonía en urgencias. *Emergencias*. 2011;23:108–11.
8. Carratalá J. ¿Hospital o domicilio? Una decisión crucial en el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2004;22:61–3.
9. Llorens Soriano P, Murcia-Zaragoza J, Sánchez-Payá J, Laghzaoui F, Reus S, Carratalá-Perales JM, et al. Evaluación de un modelo multidisciplinar de hospitalización alternativa a la hospitalización convencional en la neumonía adquirida en la comunidad. *Emergencias*. 2011;23:167–74.
10. Juan Pastor A, Jacob J, Llopis Roca F, Gómez-Vaquero C, Ferré Losa C, Pérez Mas JR, et al. Análisis de la seguridad y la eficacia de una unidad de corta estancia en el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. *Emergencias*. 2011;23:175–82.

Pere Llorens^{a,*}, Francisco Román^a, Esperanza Merino^b y Joaquín Portilla^{b,c}

^a Servicio de Urgencias, Unidad de Corta Estancia y UHD, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^b Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: llorens.ped@gva.es (P. Llorens).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.07.020>