



Manejo de la infección respiratoria en los servicios de urgencias hospitalarios. Opinión de los médicos españoles

M. S. Moya, E. Pérez-Cecilia, J. J. Picazo

FUNDACIÓN PARA EL ESTUDIO DE LA INFECCIÓN

RESUMEN

Objetivos: Conocer la opinión y establecer un debate sobre el manejo clínico de la infección respiratoria en los servicios de urgencia hospitalarios (SUH).

Métodos: Se distribuyeron unas recomendaciones realizadas por un Comité de Expertos sobre el manejo de la infección respiratoria (bronquitis aguda, exacerbación de EPOC y neumonía) y una encuesta a facultativos de Atención Primaria, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Microbiología, Neumología y Urgencia Hospitalaria sobre las exploraciones complementarias a realizar y criterios de ingreso en las diferentes unidades desde los SUH. Se celebraron 61 reuniones en 61 áreas sanitarias españolas para acordar la respuesta a la encuesta.

Resultados: En *bronquitis aguda* un 53% consideró necesario hacer radiografía de tórax y un 20% hemograma. Más del 80% no consideró útil la observación de urgencias. El 97% cree que deben ingresar los enfermos con descompensación grave de enfermedad crónica por la bronquitis aguda. El 68% cree que no existe indicación de ingreso en la UCI. En *exacerbación* de EPOC se considera necesario realizar radiografía de tórax (100%), gasometría arterial (90%) y hemograma (89%). Un 34% cree necesaria la pulsioximetría y un 14% la espirometría. Hubo acuerdo casi unánime en las indicaciones de ingreso. Un 92% consideró útil la observación en urgencias. En la *neumonía* más del 93% considera necesario hacer radiografía de tórax, hemograma y bioquímica elemental, un 55% gasometría arterial, un 49% hemocultivos. Un 72% cree que la observación de urgencias es útil para el manejo de la neumonía. Hubo acuerdo mayoritario para las indicaciones de ingreso. El grado de acuerdo fue menor para la edad avanzada (75%) y neoplasia (72%) como indicación de hospitalización.

Conclusiones: Las opiniones expresadas por los participantes en el estudio son bastante homogéneas y de acuerdo con las recomendaciones de la literatura en cuanto al manejo de la neumonía y de la exacerbación de EPOC en los SUH. En el manejo de la bronquitis aguda el grado de acuerdo es menor y parecen oportunas unas recomendaciones de actuación en estas situaciones.

Palabras clave: Neumonía. Bronquitis aguda. EPOC.

ABSTRACT

Management of respiratory tract infection at hospitalary Emergency Services. The Spanish physicians' opinion

Background: To assess the opinion to set up a debate about the clinical management of respiratory tract infection at the hospitalary Emergency Services (HES).

Methods: A set of recommendations prepared by an expert committee on the management of respiratory tract infection (acute bronchitis, COPD exacerbation and pneumonia) was distributed to Primary Health Care, Intensive Medicine, Internal Medicine, Microbiology, Pneumology and Hospital Emergency physicians, together with a survey questionnaire regarding the complementary tests to be performed and the criteria for admission from the HES to the various Units. Sixty-one meetings were held in 61 different Health Care Areas in Spain for setting up a consensus answer to the survey questionnaire.

Results: For acute bronchitis, 53% considered a plain chest film necessary, and 20% a complete blood count; over 80% regarded "observation at the Emergency ward" not useful. 97% consider that patients with severe decompensation of chronic disease due to acute bronchitis should be admitted; 68% consider there is no indication for admission to the ICU. In the case of COPD exacerbation, the explorations considered to be necessary were the plain chest film (100%), arterial blood gas measurement (90%) and the complete blood count (89%). 34% consider that pulse oxymetry is required, and 14% would require spirometry. There was nearly unanimous agreement on the indications for admission; 92% considered observation at the Emergency ward useful. Finally, in the case of pneumonia over 93% consider that plain chest films, complete blood count and a baseline biochemical screening are necessary; 55% say the same for arterial blood gas measurements and 49% for blood cultures. 72% consider observation at the Emergency ward useful for the management of pneumonia. There was majority agreement regarding the indications for admission. The degree of agreement was less for advanced age (75%) and neoplasm (72%) as indications for admission.

Conclusions: The opinions expressed by the participants in the study are rather homogeneous and agree with the recommendations in the literature regarding the clinical management of pneumonia and COPD exacerbation at the HES. In the management of acute bronchitis the level of agreement was lower, and recommendations aimed specifically at this situation appear warranted.

Key Words: Pneumonia. Acute bronchitis. COPD.

Correspondencia: M. S. Moya Mir
Servicio de Urgencias. Clínica Puerta de Hierro.
San Martín de Porres, 4. 28035 Madrid.

Fecha de recepción: 28-4-2003
Fecha de aceptación: 11-2-2004

INTRODUCCIÓN

La infección respiratoria es la principal causa de consulta no programada extrahospitalaria y en los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) es la infección más frecuentemente atendida y que origina el mayor número de ingresos en el hospital^{1,2}. La información existente sobre el manejo de la infección respiratoria es enorme y existen múltiples guías de actuación que hacen que los criterios seguidos en los diferentes SUH no sean uniformes a la hora de establecer el diagnóstico de infección respiratoria y el probable agente causal para iniciar el tratamiento empírico más adecuado³⁻⁷.

Con la finalidad de conocer la opinión y establecer un debate sobre el manejo clínico de la infección respiratoria se llevó a cabo el estudio IRPH (Infección Respiratoria Primaria-Hospital), analizando en este artículo los aspectos relativos a los SUH.

MÉTODOS

Durante el año 2000 se celebraron 61 reuniones en 61 áreas sanitarias de todo el territorio español, participando un total de 701 facultativos de Atención Primaria, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Microbiología, Neumología y Urgencia Hospitalaria (Grupo IRPH). Previamente se distribuyó entre los participantes un documento base, consensado por un Comité de Expertos (ver anexo), en el que se aportaban las evidencias actuales respecto a las exploraciones complementarias a realizar, traslado a hospital, criterios de ingreso en las diferentes unidades, de alta hospitalaria y de seguimiento posterior en los pacientes con bronquitis aguda, con agudizaciones de bronquitis crónica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y con neumonía. Junto al documento base se suministró un cuestionario, diferente para Atención Primaria, Urgencias Hospitalarias, Medicina Interna-Neumología y Cuidados Intensivos (UCI). En las 61 reuniones se discutió entre los participantes las respuestas al cuestionario. Estas respuestas han sido evaluadas por técnicas cuantitativas con una puntuación de 0 a 10, en el que 0 significa estar en total desacuerdo con el enunciado y 10 estar totalmente de acuerdo con el mismo.

El cuestionario ha sido introducido en una base de datos, calculándose el número de respuestas obtenidas, el valor medio con su desviación estándar y el valor máximo y mínimo de cada pregunta. Además se han agrupado las contestaciones cuantitativas en 5 grupos:

Puntuación 0 y 1: totalmente en desacuerdo con el enunciado.

Puntuación 2 y 3: más bien en desacuerdo con el enunciado.

Puntuación 4, 5 y 6: ni de acuerdo ni en desacuerdo con el enunciado.

Puntuación 7 y 8: más bien de acuerdo con el enunciado.
Puntuación 9 y 10: totalmente de acuerdo con el enunciado.

Para cada grupo se han calculado los porcentajes obtenidos en cada enunciado.

El cuestionario para Urgencias Hospitalarias era el siguiente:

2. Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH)

2.1. Bronquitis aguda (excluyendo el paciente con asma):

2.1.1.- En el SUH, en una bronquitis aguda, se deben realizar de forma rutinaria las siguientes exploraciones complementarias:

2.1.1.1. Radiografía de tórax:

2.1.1.2. Hemograma:

2.1.1.3. Gasometría arterial:

2.1.1.4. Gram de esputo:

2.1.1.5. Cultivo de esputo:

2.1.1.6. Espirometría:

2.1.1.7. Serología:

2.1.1.8. Otras:¿cuáles?

2.1.2.- La estancia durante 12-24 horas en observación de urgencias, de forma rutinaria, puede ser útil para el manejo de los enfermos con bronquitis aguda:

2.1.3.- Deben ingresar los enfermos que tengan una enfermedad crónica descompensada gravemente por la bronquitis aguda:

2.1.4.- No existe indicación de ingreso en una unidad de cuidados intensivos por una bronquitis aguda:

2.2. Exacerbación de EPOC

2.2.1.- En el SUH, ante un paciente con EPOC conocida que presenta una exacerbación de la misma se deben realizar las siguientes exploraciones complementarias:

2.2.1.1. Radiografía de tórax:

2.2.1.2. Hemograma:

2.2.1.3. Bioquímica elemental:

2.2.1.4. Gasometría arterial:

2.2.1.5. Gram de esputo:

2.2.1.6. Cultivo de esputo:

2.2.1.7. Espirometría:

2.2.1.8. Electrocardiograma:

2.2.1.9. Serología:

2.2.1.10. Otras: ¿cuáles?:

2.2.2.- La observación en urgencias durante 12-24 horas es útil para decidir el ingreso o alta de un enfermo con exacerbación de EPOC, con dudosa indicación de ingreso:

2.2.3.- Las indicaciones de ingreso hospitalario en una exacerbación de EPOC son:

2.2.3.1. Insuficiencia respiratoria aguda:

2.2.3.2. Ausencia de mejoría tras tratamiento en observación de urgencias:



2.2.3.3. Descompensación grave de una enfermedad crónica subyacente:

2.2.3.4. Otras: ¿cuáles?:

2.2.4.- Las indicaciones de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos en una exacerbación de EPOC son:

2.2.4.1. Insuficiencia respiratoria grave en un enfermo no terminal:

2.2.4.2. Otras: ¿cuáles?:

2.3. Neumonía

2.3.1.- En el SUH las exploraciones complementarias a realizar en una neumonía son:

2.3.1.1. Radiografía de tórax:

2.3.1.2. Hemograma:

2.3.1.3. Bioquímica elemental:

2.3.1.4. Gasometría arterial:

2.3.1.5. Gram de esputo:

2.3.1.6. Cultivo de esputo:

2.3.1.7. Hemocultivos:

2.3.1.8. Espirometría:

2.3.1.9. Serología:

2.3.1.10. Procedimientos invasores de diagnóstico etiológico:

2.3.1.11. Procedimientos de detección de antígenos en orina:

2.3.1.12. Otros

2.3.2.- La observación en urgencias durante 12-24 horas es útil para decidir el ingreso o alta de un enfermo con neumonía, con dudosa indicación de ingreso:

2.3.3.- Las indicaciones de ingreso hospitalario de una neumonía son:

2.3.3.1. Factores de comorbilidad: señale cuáles:

2.3.3.1.1. Edad de más deaños:

2.3.3.1.2. Bronquitis crónica y EPOC:.....

2.3.3.1.3. Alcoholismo:

2.3.3.1.4. Hepatopatía crónica:

2.3.3.1.5. Inmunodepresión grave:

2.3.3.1.6. Neoplasia:

2.3.3.1.7. Diabetes:

2.3.3.1.8. Procedencia de otro centro hospitalario o institución (neumonía nosocomial):

2.3.3.2. Aparición de complicaciones:

2.3.3.2.1. Leucopenia:

2.3.3.2.2. Alteración de conciencia, taquipnea, hipotensión:

2.3.3.2.3. Insuficiencia respiratoria:

2.3.3.2.4. Meningitis, artritis, endocarditis, empiema:

2.3.3.2.5. Radiológicas:

2.3.3.3. Neumonía por aspiración :

2.3.3.4. Sospecha de neumonía por Legionella:

2.3.3.5. Empeoramiento inicial o no mejoría con el tratamiento:

2.3.3.6. Dificultad de tratamiento domiciliario (aspectos sociales, no tolerancia a la medicación, sospecha de no cumplimiento del tratamiento):

2.3.3.7. Otras: ¿cuáles?:

2.3.4. Las indicaciones de ingreso en la unidad de cuidados intensivos son:

2.3.4.1. Insuficiencia respiratoria grave:

2.3.4.2. Shock séptico:

2.3.4.3. Otras:.....

RESULTADOS

Bronquitis aguda

En el manejo de la bronquitis aguda hubo un moderado acuerdo sobre la necesidad de hacer radiografía de tórax y

TABLA 1. Opinión expresada en 61 reuniones del Grupo IRPH sobre las exploraciones complementarias a realizar en el servicio de urgencias hospitalario en una bronquitis aguda

| Pregunta | Exploración | % de acuerdo | Media (DE) | Rango |
|----------|----------------------|--------------|------------|-------|
| 2.1.1.1 | Radiografía de tórax | 52,5 | 6,7 (3) | 0-10 |
| 2.1.1.2 | Hemograma | 19,7 | 4,2 (3,2) | 0-10 |
| 2.1.1.3 | Gasometría arterial | 5 | 2,3 (2,2) | 0-8 |
| 2.1.1.4 | Gram en esputo | 0 | 0,2 (0,5) | 0-2 |
| 2.1.1.5 | Cultivo de esputo | 0 | 0,1 (0,3) | 0-2 |
| 2.1.1.6 | Espirometría | 1,7 | 0,7 (1,6) | 0-8 |
| 2.1.1.7 | Serología | 0 | 0,1 (0,5) | 0-3 |

IRPH: Infección Respiratoria Primaria-Hospital

TABLA 2. Opinión expresada en 61 reuniones del Grupo IRPH sobre las exploraciones complementarias a realizar en el servicio de urgencias hospitalario en una exacerbación de EPOC

| Pregunta | Exploración | % de acuerdo | Media (DE) | Rango |
|----------|----------------------|--------------|------------|-------|
| 2.1.1.1 | Radiografía de tórax | 100 | 9,6 (0,8) | 7-10 |
| 2.1.1.2 | Hemograma | 88,5 | 8,4 (1,8) | 3-10 |
| 2.1.1.3 | Bioquímica elemental | 73,7 | 7,7 (2) | 3-10 |
| 2.1.1.4 | Gasometría arterial | 90,2 | 8,5 (1,5) | 5-10 |
| 2.1.1.5 | Gram en esputo | 4,9 | 1,3 (2,3) | 0-10 |
| 2.1.1.6 | Cultivo de esputo | 1,7 | 1,1 (1,8) | 0-7 |
| 2.1.1.7 | Espirometría | 14,8 | 2,1 (3) | 0-10 |
| 2.1.1.8 | Electrocardiograma | 72,1 | 7,9 (2,3) | 0-10 |
| 2.1.1.9 | Serología | 1,6 | 0,3 (1,1) | 0-8 |

IRPH: Infección Respiratoria Primaria-Hospital

mucho menor en el resto de las exploraciones complementarias, aunque con un amplio rango en la puntuación (de 0 a 10) (Tabla 1). Un 21,3% consideró necesario hacer también de forma rutinaria pulsioximetría.

Un 59% se mostró en total desacuerdo y un 21,3% más bien en desacuerdo con la utilidad de dejar al enfermo en observación (puntuación media 1,8, rango 0-10). El 96,7% considera que se debe ingresar a los pacientes con descompensación grave de enfermedad crónica por la bronquitis aguda (puntuación media 9,6, rango 5-10). El 68,3% no considera indicado el ingreso en UCI (media 7,1, rango 0-10).

Exacerbación de EPOC

Hubo gran acuerdo sobre la necesidad de hacer exploraciones complementarias (Tabla 2). Un 34,4% considera también necesario hacer pulsioximetría.

Un 91,6% consideró útil la observación en urgencias para decidir el alta o ingreso de los enfermos con exacerbación de EPOC (media 8,7, rango 0-10). Hubo acuerdo casi unánime en que la insuficiencia respiratoria aguda (98,4%, media 9,6, rango 5-10), ausencia de mejoría en observación (100%, media 9,8, rango 8-10) y descompensación grave de enfermedad

TABLA 3. Opinión expresada en 61 reuniones del Grupo IRPH sobre las exploraciones complementarias a realizar en el servicio de urgencias hospitalario en una neumonía

| Pregunta | Exploración | % de acuerdo | Media (DE) | Rango |
|----------|---------------------------------|--------------|------------|-------|
| 2.1.1.1 | Radiografía de tórax | 100 | 10 (0) | 10-10 |
| 2.1.1.2 | Hemograma | 96,7 | 9,5 (1,3) | 2-10 |
| 2.1.1.3 | Bioquímica elemental | 93,4 | 9,3 (1,6) | 2-10 |
| 2.1.1.4 | Gasometría arterial | 55,7 | 7,2 (2,1) | 4-10 |
| 2.1.1.5 | Gram en esputo | 31,1 | 4,9 (3,2) | 0-10 |
| 2.1.1.6 | Cultivo de esputo | 23 | 3,8 (3,2) | 0-10 |
| 2.1.1.7 | Hemocultivos | 49,2 | 6,4 (2,9) | 0-10 |
| 2.1.1.8 | Espirometría | 0 | 0,6 (1,5) | 0-5 |
| 2.1.1.9 | Serología | 6,6 | 1,8 (2,5) | 0-8 |
| 2.1.1.10 | Procedimientos invasores | 0 | 0,9 (1,4) | 0-5 |
| 2.1.1.11 | Detección de antígenos en orina | 13,1 | 2,9 (3,1) | 0-10 |

IRPH: Infección Respiratoria Primaria-Hospital



TABLA 4. Opinión en 61 reuniones del Grupo IRPH sobre las indicaciones de ingreso hospitalario en la neumonía

| Pregunta | Exploración | % de acuerdo | Media (DE) | Rango |
|-----------|---|--------------|------------|-------|
| 2.3.3.1 | Comorbilidad | 94,7 | 8,8 (1,2) | 6-10 |
| 2.3.3.1.2 | EPOC | 90,2 | 8,3 (1,6) | 2-10 |
| 2.3.3.1.3 | Alcoholismo | 86,9 | 8,4 (1,5) | 5-10 |
| 2.3.3.1.4 | Hepatopatía crónica | 80,3 | 8 (1,5) | 4-10 |
| 2.3.3.1.5 | Inmunodepresión grave | 100 | 9,9 (0,5) | 8-10 |
| 2.3.3.1.6 | Neoplasia | 72,1 | 7,5 (1,6) | 4-10 |
| 2.3.3.1.7 | Diabetes | 81,7 | 7,5 (1,6) | 4-10 |
| 2.3.3.1.8 | Procedencia de otro centro | 100 | 9,8 (0,6) | 7-10 |
| 2.3.3.2 | Complicación | | | |
| 2.3.3.2.1 | Leucopenia | 96,7 | 9,2 | (1,1) |
| 2.3.3.2.2 | Alteración de consciencia, taquipnea, hipotensión | 100 | 10 (0) | 10-10 |
| 2.3.3.2.3 | Insuficiencia respiratoria | 100 | 9,9 (0,3) | 8-10 |
| 2.3.3.2.4 | Meningitis, artritis, empiema, Endocarditis | 100 | 10 (0) | 10-10 |
| 2.3.3.2.5 | Radiológicas | 100 | 9,8 (0,6) | 8-10 |
| 2.3.3.3 | Neumonía por aspiración | 100 | 9,8 (0,5) | 8-10 |
| 2.3.3.4 | Neumonía por Legionella spp | 82 | 8,7 (1,8) | 5-10 |
| 2.3.3.5 | No mejoría con tratamiento | 98,4 | 9,5 (1,2) | 3-10 |
| 2.3.3.6 | Dificultad en tratamiento Domiciliario | 100 | 9,7 (0,8) | 7-10 |

IRPH: Infección Respiratoria Primaria-Hospital; EPOC: Enfermedad pulmonar crónica obstructiva.

crónica (100%, media 9,9, rango 8-10) son indicaciones de ingreso en el hospital. Un 39,3% incluye también problemas sociales, un 14,8% comorbilidad y un 3,3% afectación general importante como motivos de ingreso. La insuficiencia respiratoria grave en un enfermo no terminal es considerada indicación de ingreso en UCI de forma unánime (media 9,5, rango 7-10). Además un 21,3% también consideró indicación de ingreso en UCI la comorbilidad, un 13,1% la inestabilidad hemodinámica y un 3,3% la falta de respuesta al tratamiento.

Neumonía

En la neumonía se consideró necesario hacer radiografía de tórax, hemograma y bioquímica elemental (Tabla 3). Además un 18% consideró también necesario realizar pulsioximetría y un 4,9% electrocardiograma.

Un 72,2% consideró útil la observación de urgencias para decidir el ingreso o alta de un enfermo con neumonía (media 7,8, rango 1-10). Las indicaciones clásicas de ingreso fueron generalmente aceptadas (Tabla 4), considerándose también por

un 3,3% la tuberculosis como una causa del mismo. La edad se consideró como un factor de comorbilidad que indica el ingreso para un 75% de los participantes, siendo la edad media, a partir de la cual existe esta indicación, 68,6 años (rango 50-76). Tanto la insuficiencia respiratoria grave (aceptación 96,7%, puntuación media 9,7, rango 6-10) como el shock séptico (98,3%, media 9,9, rango 6-10) se consideraron indicación de ingreso en UCI. A estas dos indicaciones un 16,4% añade fallo multiorgánico y un 11,5% comorbilidad.

DISCUSIÓN

Este estudio, realizado entre médicos de diferentes especialidades de toda España, pone de manifiesto un aceptable consenso sobre el manejo de la infección respiratoria en los SUH, pero en algunos aspectos o bien este consenso no existe o bien hay una discordancia con las recomendaciones generalmente expresadas en la literatura médica.

Respecto al manejo de la bronquitis aguda, aunque la re-

comendación más generalizada es que no hay necesidad de hacer ninguna exploración complementaria^{8,9}, la mitad de los participantes en este estudio creyó que es necesario practicar una radiografía de tórax, si el enfermo con bronquitis aguda acude a un SUH. Las indicaciones para hacer una radiografía de tórax en la bronquitis aguda¹⁰ son la presencia de hemoptisis, focalidad en la exploración pulmonar, empeoramiento o ausencia de mejoría, así como la conveniencia de descartar una neumonía cuando el diagnóstico es dudoso o puede estar enmascarado por la coexistencia de una enfermedad crónica o edad muy avanzada. Con frecuencia los enfermos con bronquitis aguda que llegan hasta el SUH presentan alguna de estas indicaciones por lo que podemos aceptar que el resultado obtenido es este estudio está en la misma línea que las recomendaciones de la literatura. No podemos decir lo mismo de la opinión expresada por la quinta parte de los participantes que creen necesario hacer un hemograma y una pulsioximetría, las cuales no se consideran generalmente indicadas en la bronquitis aguda. De cualquier forma, en todas las respuestas había una amplia dispersión, con un rango entre 0 y 10 de puntuación lo que indica la falta de acuerdo sobre el tema. Lo mismo ocurrió al opinar sobre la utilidad de la observación de urgencias en la bronquitis aguda. Sí hubo un alto grado de acuerdo en que los enfermos con enfermedad gravemente descompensada por la bronquitis aguda deben ingresar. El acuerdo no fue tan alto sobre la falta de indicación de ingreso en la UCI por una bronquitis aguda, ya que sólo un 68% considera que no existe esta indicación, con un rango de puntuación de 0 a 10. La recomendación expresada en la literatura es que la bronquitis aguda sólo excepcionalmente reviste gravedad por sí misma y por tanto no existe indicación de ingreso en el hospital y menos en la UCI, si no es por descompensación de otra enfermedad asociada¹¹.

En la exacerbación de bronquitis crónica y de EPOC hubo más acuerdo y menos dispersión de opiniones que en la bronquitis aguda, respecto a la necesidad de hacer exploraciones complementarias en el SUH. De acuerdo con las recomendaciones de la literatura no se considera oportuno hacer estudios encaminados a identificar un agente causal infeccioso^{12,13}. Sin embargo los expertos sí recomiendan la realización de una espirometría o, al menos, un peak-flow⁹ que sólo se consideró necesario por el 14,8% de los participantes en este estudio, aunque con un rango de puntuación de 0 a 10, lo que indica una gran dispersión de opiniones. Por el contrario, un 34,4% sí consideró necesario hacer pulsioximetría. La utilidad de esta técnica para indicar o no la realización de una gasometría arterial puede explicar esta opinión, pero hay que tener en cuenta que la pulsioximetría sólo es aceptable como indicador de la evolución del enfermo con insuficiencia respiratoria aguda, pero poco para el diagnóstico inicial de esta situación en el enfermo con insuficiencia respiratoria crónica¹⁵.

La mayoría de los médicos participantes consideraron útil la observación de urgencias para la toma de decisiones en el

ANEXO I. Comité de expertos

Coordinador:

Dr. Juan J. Picazo
Catedrático de Microbiología Médica
Jefe de Servicio de Microbiología Clínica
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Dr. Enrique Cerdá Cerdá
Unidad de Cuidados Intensivos
Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Dr. Luis Fernández Fau
Jefe del Servicio de Cirugía Torácica
Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Dr. Francisco Gudiol Munté
Catedrático de Medicina Interna
Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas
Hospital Universitario de Bellvitge "Príncipes de España"
Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Dr. Manuel Moya Mir
Coordinador de Urgencias
Clínica Puerta de Hierro. Madrid.

Dra. Elisa Pérez-Cecilia
Servicio de Microbiología Clínica
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Dr. Miguel A. Ripoll
Médico Titular
Centro de Salud Ávila Rural. Ávila.

Dr. Antoni Torres Martí
Coordinador del Instituto Clínico de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica
Director de la Unidad de Vigilancia Intensiva de Enfermedades Respiratorias (U.V.I.E.R.)
Hospital Clínico. Barcelona.

enfermo con exacerbación de EPOC, lo cual ya ha sido recomendado¹⁶. Hubo acuerdo casi total sobre la indicación de ingreso hospitalario y en UCI. Sorprende que un 39,3% considera que la presencia de problemas sociales constituye una indicación de ingreso. Esto parece indicar una falta de confianza en los dispositivos sanitarios y de ayuda social.

La opinión sobre las exploraciones a realizar ante una neumonía en los SUH es bastante homogénea en cuanto a los procedimientos encaminados a valorar la gravedad, pero son menos partidarios de hacer un estudio etiológico ya que incluso el hemocultivo, generalmente recomendado, sólo se aceptó por la mitad de los participantes, aunque con un rango de puntuación de 0 a 10. Esta tendencia a "olvidar" el diagnóstico etiológico ya ha sido insistentemente señalada y está influida por la presión asistencial con la que se actúa en los SUH y sobre todo porque casi siempre hay que iniciar el tratamiento antibiótico sin posibilidad del conocer el agente causal¹⁷⁻¹⁹.



Aunque la mayoría considera útil la observación de urgencias para el manejo del enfermo con neumonía, la opinión es menos favorable que en la exacerbación del EPOC. Esto está de acuerdo con los resultados de estudios previos¹⁶, pero las recomendaciones ahora sugieren la utilización mayor de la estancia en observación para evitar ingresos hospitalarios en enfermos con dudosa indicación de ingreso. Hubo un alto grado de acuerdo sobre las indicaciones de ingreso hospitalario y en UCI, que fue unánime para la presencia de complicaciones y menor para la existencia de neoplasia y edad avanzada. Respecto a la neoplasia, es considerada un factor de riesgo en todas las guías e indicación de ingreso, pero probablemente no debe tratarse de la misma forma un enfermo sin afectación general por la neoplasia que presenta una neumonía que el enfermo en tratamiento de su proceso, con afectación sistémica por la enfermedad. Probablemente estas consideraciones son las que han influido en las respuestas obtenidas de los participantes. La edad avanzada por sí sola tampoco debería constituir una indicación de ingreso y por ello en la escala de Fine

se valora cuantitativamente, junto a otros marcadores²⁰. En lo que se refiere a la neumonía que aparece en ancianos que viven en residencias no es necesario el ingreso hospitalario, si en la residencia se puede administrar el antibiótico por vía endovenosa²¹. La EPOC se ha considerado siempre como un factor de riesgo, pero si un enfermo la padece y presenta una neumonía sin otra indicación de ingreso, probablemente puede ser tratado de forma domiciliaria. En este sentido la bronquitis crónica y EPOC no aparece entre los indicadores de gravedad de la escala pronóstica de Fine²⁰.

Podemos concluir que las opiniones expresadas por los participantes en el estudio son bastante homogéneas y de acuerdo con las recomendaciones de la literatura en cuanto al manejo de la neumonía y de la exacerbación de EPOC en los SUH, aunque se abusa de la pulsioximetría en la EPOC y se adolece de espirometría. En el manejo de la bronquitis aguda el grado de acuerdo entre participantes con las indicaciones de la literatura es menor y parecen oportunas unas recomendaciones de actuación en estas situaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Romero Vivas J, Rubio Alonso M, Corral O, Pacheco S, Agudo E, Picazo JJ. Estudio de las infecciones respiratorias extrahospitalarias. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1997;15:289-98.
- 2- Muñoz A, Sobrino L, Velasco ML, Cano R, Mateo A. Vigilancia de las neumonías en España. *Bol Epidemiol Semanal* 1997;5:29-32.
- 3- 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:S77-121.
- 4- ATS. Guidelines for the initial management of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity, and initial antimicrobial therapy. *Am Rev Respir Dis* 1993;148:1418-26.
- 5- Dorca J, Bello S, Blanquer J, Celis R, Molinos L, Torres A, et al. Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. *SEPAR. Arch Bronconeumol* 1997;33:240-6.
- 6- Frías J, Gomis M, Prieto J, Mensa J, Bouza E, García Rodríguez JA, et al. Tratamiento antibiótico empírico inicial de la neumonía adquirida en la comunidad. *Rev Esp Quimioter* 1998;11:255-61.
- 7- BTS Guidelines for the Management of Community Acquired Pneumonia in Adults. *Thorax* 2001;56 (supl IV):1-64.
- 8- Woodhead M, Gialdroni Grassi G, Huchon GJ, Léophonte P, Manresa F, Schaberg T. Use of investigations in lower respiratory tract infection in the community: a European survey. *Eur Respir J* 1996;9:1596-600.
- 9- Hosker HS, Jones GM, Hawkey P. Management of community acquired lower respiratory tract infection. *Br Med J* 1994;308:701-5.
- 10- Heckerling PS. The need for chest roentgenograms in adults with acute respiratory illness. *Clinical predictors. Arch Intern Med* 1986;146:1321-4.
- 11- Gwaltney JMJ. Acute bronchitis. In: Mandel JL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. New York: Churchill Livingstone Inc.; 1995:606-8.
- 12- Sachs AP, van der Waaij D, Groenier KH, Koëter GH, Schiphuis J. Oropharyngeal flora in asthma and in chronic obstructive pulmonary disease. Indigenous oropharyngeal microorganisms in outpatients with asthma or chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis* 1993;148:1302-7.
- 13- Reimer LG, Carroll KC. Role of the microbiology laboratory in the diagnosis of lower respiratory tract infections. *Clin Infect Dis* 1998;26:742-8.
- 14- Summers RL, Anders RM, Woodward LH, Jenkins AK, Galli RL. Effect of routine pulse oximetry measurements on ED triage classification. *Am J Emerg Med* 1998;16:5-7.
- 15- Candela Zamora MD, Fernández Pérez C, Río Gallegos F, Jiménez de Diego L, Pontón Soriano C, Álvarez Álvarez MM. Factores asociados y validez de la pulsioximetría frente a la PO₂ basal en pacientes con patrón respiratorio ineficaz en la sala de agudos de Urgencias. *Emergencias* 1999;11:114-7.
- 16- Moya MS, Laguna P, Salgado C, Calabrese S. Infección respiratoria en observación de Urgencias. *Emergencias* 1997;9:98-102.
- 17- Moya Mir MS, Jiménez Murillo L, Mensa Pueyo J, Álvarez J y Grupo para el Estudio de la Neumonía en Urgencias. Estudio de la Neumonía en Urgencias. Neumonía que requiere ingreso. Análisis de 582 casos atendidos en servicios de urgencias españoles. *Emergencias* 2001;13:160-8.
- 18- Grupo para el Estudio de la Infección Intraabdominal en Urgencias. Infección intraabdominal en Urgencias. Estudio descriptivo multicéntrico. *Emergencias* 1999;11:9-18.
- 19- Talan DA. Infectious Disease Issues in the Emergency Department. *Clin Infect Dis* 1996;23:1-14.
- 20- Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, Hanusa BH, Weissfeld A, Singer DE, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N Eng J Med* 1997;336:243-50.
- 21- Muder RR. Pneumonia in residents of long-term care facilities: epidemiology, etiology, management, and prevention. *Am J Med* 1998;105:319-30.