

African Journal of Emergency Medicine

Revista oficial de la African Federation for Emergency Medicine, la Botswana Society for Emergency Care, la Emergency Medicine Association of Tanzania, la Emergency Medicine Society of South Africa, la Ethiopian Society of Emergency Medicine Professionals y la Libyan Emergency Medicine Association

Afr J Emerg Med. 2023;13:45-51

Patrón de ingresos y resultados en el servicio de urgencias pediátricos de un centro sanitario de tercer nivel del suroeste de Nigeria: revisión de 4 años

Agbesanwa TA, Babatola AO, Fatunla OA, Ibrahim A, Aina FO, Ogundare EO, et al.

Introducción: Los pacientes pediátricos y los adolescentes son susceptibles de padecer enfermedades que a menudo requieren atención de urgencia. La morbilidad y la mortalidad por enfermedades en estas edades han despertado mucho interés en todo el mundo, especialmente en África. El conocimiento del patrón de los ingresos y los resultados puede orientar las políticas y las intervenciones, especialmente en entornos con recursos limitados. El objetivo del estudio fue determinar el patrón de ingresos, los resultados y las variaciones estacionales de las enfermedades que se presentaron en las urgencias pediátricas de centro sanitario de tercer nivel durante un periodo de 4 años.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de los ingresos en urgencias pediátricas desde enero de 2016 hasta diciembre de 2019. La información obtenida incluyó edad, diagnóstico, mes y año de ingreso y desenlace. Se utilizó estadística descriptiva para describir las características demográficas y test de Chi cuadrado para valorar sus asociaciones con los diagnósticos realizados.

Resultado: Hubo 3.223 ingresos. Hubo más varones (1.866;

57,9%) y más niños de menor edad (1.181; 36,6%). El mayor número de ingresos se observó en el año 2018 (951; 29,6%) y durante la estación húmeda (1.962; 60,9%). Hubo una tasa de mortalidad general del 7%; la malaria complicada, la gastroenteritis y la meningitis fueron las principales causas de muerte. La malaria ($\chi^2 = 135,522$; valor de $p < 0,001$) y la gastroenteritis ($\chi^2 = 130,883$; valor de $p < 0,001$) predominaron entre los niños de menor edad, mientras que la sepsis ($\chi^2 = 71,530$; valor de $p < 0,001$) y la neumonía ($\chi^2 = 133,739$; valor de $p < 0,001$) lo hicieron más entre los lactantes. La enteritis tifoidea ($\chi^2 = 26,629$, valor de $p < 0,001$) y el VIH ($\chi^2 = 16,419$, valor de $p = 0,012$) fueron más frecuentes en los adolescentes más jóvenes.

Conclusiones: Las principales causas de muerte en la zona estudiada son evitables, y la mayoría de ellas se dan entre niños menores de 5 años. Los ingresos presentan patrones estacionales y relacionados con la edad, y es necesario que las estrategias políticas y los preparativos de las urgencias se adapten a estos patrones observados a lo largo del año. ■

Afr J Emerg Med. 2023;13(2):86-93

Aprovechamiento de la orientación y la formación a distancia para reforzar la capacidad de atención de urgencia del personal sanitario en Uganda

Atuhairwe I, Ngabirano AA, Ahaisibwe B, Nsubuga A, Kanyike AM, Kihumuro RB, et al.

Introducción: Un sistema de atención urgente sólido es un método rentable de reducir las muertes y discapacidades evitables, especialmente en los países de renta baja y media. Para ampliar la experiencia en atención de urgencias a todo el país, el Ministerio de Sanidad de Uganda y el Seed Global Health establecieron el programa ECHO de Servicios de Emergencias Médicas (SEM). Se describe el proceso de establecimiento del programa en un entorno de recursos limitados, las mejores prácticas y las lecciones aprendidas en Uganda.

Métodos: Los investigadores llevaron a cabo una evaluación de métodos mixtos para valorar la implementación inicial de 4 meses del ECHO de los SEM. Se llevaron a cabo evaluaciones antes y después del programa de los conocimientos del personal sanitario, la autoeficacia y la satisfacción del profesional con el programa. El análisis comparó descriptivamente las diferencias entre las puntuaciones obtenidas antes y después de las pruebas.

Resultados: El ECHO del SEM se inició en noviembre de 2021. Se desarrolló un plan de estudios por fases, con la fase inicial

centrada en el enfoque ABCDE (vía aérea, respiración, circulación, discapacidad y exposición) del paciente urgente. Esta fase llegó a un total de 2.030 trabajadores sanitarios de 200 centros de salud. La mayoría de los participantes eran médicos ($n = 751$, 37%) y enfermeros ($n = 568$, 28%). La mayoría de los participantes (95%) calificaron las sesiones de informativas. En cuanto a si las sesiones de ECHO redujeron el aislamiento profesional, el 66% se mostró de acuerdo o muy de acuerdo.

Conclusiones: De forma similar a otros resultados de evaluación de programas ECHO, el programa ECHO de SEM de Uganda mejoró los conocimientos, las habilidades y el desarrollo de una comunidad virtual de práctica, disminuyendo así el aislamiento profesional. También muestra que, a través de un proceso gradual planificado, el aprendizaje virtual y la orientación a distancia pueden utilizarse eficazmente para mejorar los conocimientos y habilidades del personal sanitario y multiplicar el limitado número de expertos en atención de urgencias disponibles en el país. ■



Annals of Emergency Medicine

Revista oficial del American College of Emergency Physicians de Estados Unidos

Ann Emerg Med. 2023;82:381-39

Barreras y facilidades para el tratamiento ambulatorio de la embolia pulmonar de bajo riesgo desde el servicio de urgencias

Westafer LM, Jessen E, Zampi M, Boccio E, Casey SD, Lindenauer PK, et al.

Objetivo: Aunque está recomendado por las guías de las sociedades científicas, el tratamiento ambulatorio de la embolia pulmonar (EP) de bajo riesgo desde los servicios de urgencias (SU) en EE.UU. sigue siendo infrecuente. El objetivo de este estudio fue identificar las barreras y los facilidades para la gestión ambulatoria de la EP desde el SU utilizando la metodología de la ciencia de la implementación.

Métodos: Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con una muestra intencionada de médicos de urgencias utilizando un muestreo de variación máxima, con el objetivo de reclutar médicos con diversos patrones de práctica en relación con el manejo de la EP de bajo riesgo. Se desarrolló una guía de entrevista utilizando los marcos de la ciencia de la implementación: el marco consolidado para la investigación de la implementación y el marco de dominios teóricos. Las entrevistas se grabaron, transcribieron y analizaron en un proceso iterativo.

Resultados: Se entrevistaron a 26 médicos de urgencias de 11 sistemas hospitalarios, y los participantes eran diversos en cuanto

a años de práctica, entorno de práctica y compromiso con el tratamiento ambulatorio de la EP. Aunque los factores determinantes del entorno externo, como el clima médico-legal, el seguimiento y la situación del seguro eran universales, nuestros participantes revelaron que la importancia de estos factores determinantes estaba moderada por factores determinantes a nivel individual y del entorno interno. Los temas más destacados fueron la creencia en las consecuencias, la creencia en las capacidades y el apoyo y la cultura institucionales. La inercia de la práctica clínica y la complejidad del proceso fueron subtemas importantes.

Conclusiones: En este estudio cualitativo, los clínicos informaron de barreras y facilidades comunes que inicialmente se centraron en el entorno externo y las barreras externas, pero se centraron en las creencias de los clínicos, el miedo y la cultura local. Los esfuerzos por aumentar el tratamiento ambulatorio de determinados pacientes con EP aguda deben tener en cuenta estos obstáculos y facilidades, que están en consonancia con la teoría de la desimplementación. ■



Ann Emerg Med. 2023;82:417-424

Dosis de sedantes para la intubación de secuencia rápida e hipotensión posintubación: ¿Existe alguna relación?

Driver BE, Trent SA, Prekker ME, Reardon RF, Brown CA

Objetivo: Para los pacientes con inestabilidad hemodinámica sometidos a intubación de secuencia rápida, los expertos recomiendan reducir la dosis de medicación sedante para minimizar el riesgo de un mayor deterioro hemodinámico. Existen pocos datos que respalden esta práctica para el etomidato y la ketamina. Se intentó determinar si la dosis de etomidato o ketamina se asociaba de forma independiente con la hipotensión posintubación.

Métodos: Se analizaron los datos del National Emergency Airway Registry desde enero de 2016 hasta diciembre de 2018. Se incluyeron pacientes de 14 años o más si el primer intento de intubación fue falicitado con etomidato o ketamina. Se utilizó un modelado multivariable para determinar si la dosis del fármaco en miligramos por kilogramo de peso del paciente se asociaba de forma independiente con la hipotensión postintubación (presión arterial sistólica < 100 mm Hg).

Resultados: Se analizaron 12.175 intubaciones facilitadas con

etomidato y 1.849 facilitadas con ketamina. La mediana de las dosis de fármaco fue de 0,28 mg/kg (intervalo intercuartil [RIC]: 0,22 mg/kg a 0,32 mg/kg) para el etomidato y de 1,33 mg/kg (RIC: 1 mg/kg a 1,8 mg/kg) para la ketamina. Se produjo hipotensión posintubación en 1.976 pacientes (16,2%) que recibieron etomidato y en 537 pacientes (29,0%) que recibieron ketamina. En los modelos multivariables, ni la dosis de etomidato (*odds ratio* ajustada [ORa] 0,95; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,90 a 1,01) ni la dosis de ketamina (ORa 0,97; IC 95%: 0,81 a 1,17) se asociaron con la hipotensión posintubación. Los resultados fueron similares en los análisis de sensibilidad que excluyeron a los pacientes con hipotensión preintubación e incluyeron sólo a los pacientes intubados por *shock*.

Conclusiones: En este amplio registro de pacientes intubados tras recibir etomidato o ketamina, no observamos ninguna asociación entre la dosis de sedante en función del peso y la hipotensión posintubación. ■

Emergency Medicine Journal

Revista oficial del Royal College of Emergency Medical del Reino Unido

Emerg Med J. 2023;40:660-665

Inhalación de alcohol isopropílico para el tratamiento de las náuseas en pacientes adultos del servicio de urgencias: revisión sistemática y metanálisis

Stefanie Y Lee, John R Tamale

Introducción: Las náuseas y los vómitos son una queja principal frecuente en urgencias. Sin embargo, los ensayos aleatorios que comparan agentes antieméticos con placebo no han demostrado superioridad. Esta revisión sistemática investiga la eficacia del alcohol isopropílico (AIP) inhalado en comparación con la atención habitual o el placebo en adultos que acuden al SUH con náuseas y vómitos.

Métodos: Se realizaron búsquedas en MEDLINE, Embase, el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials), otros registros de ensayos pertinentes, revistas y actas de congresos hasta septiembre de 2022. Se incluyeron ensayos controlados aleatorios que utilizaron AIP para tratar a pacientes adultos con náuseas y vómitos en urgencias. El resultado principal fue el cambio en la gravedad de las náuseas, medido mediante una escala validada. Una medida de resultado secundaria fueron los vómitos durante la estancia en el SU. Se utilizó un modelo de efectos aleatorios para el metanálisis y se evaluó la certeza de las pruebas mediante el sistema de GRADE para Recomendación, Valoración, Desarrollo y Evaluación.

Resultados: Dos ensayos que comparaban AIP inhalado con placebo salino y que incluían un total de 195 pacientes se agruparon

para el metanálisis del resultado principal. Un tercer estudio que comparaba un grupo que recibía AIP inhalado y ondansetrón oral con otro grupo que recibía placebo salino inhalado y ondansetrón oral no cumplió los requisitos para el protocolo original registrado, pero se incluyó en un análisis secundario. Se consideró que todos los estudios tenían un riesgo de sesgo bajo o poco claro. La diferencia de medias agrupada para el análisis principal fue una reducción de las náuseas informadas de 2,18 en una escala de 0 a 10 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,60 a 2,76), que favoreció al AIP sobre el placebo, donde la diferencia mínima clínicamente significativa se definió como 1,5. El nivel de evidencia se calificó como moderado. El nivel de evidencia se calificó como moderado debido a la imprecisión derivada del escaso número de pacientes. Sólo el estudio incluido en el análisis secundario evaluó el resultado secundario de los vómitos, y no encontró diferencias entre la intervención y el control.

Conclusiones: Esta revisión indica que la AIP probablemente tiene un efecto modesto en la reducción de las náuseas en pacientes adultos con SU, en comparación con el placebo. Se necesitan ensayos multicéntricos más amplios, ya que las pruebas están limitadas por el escaso número de ensayos y pacientes. ■

Emerg Med J. 2023;40:700-707

Impacto de las ecografías cardiopulmonares seriadas en el punto de atención en pacientes con disnea aguda: ensayo aleatorizado y controlado

Arvig MD, Lassen AT, Gæde PH, Gärtner SW, Falster C, Skov IR, et al.

Introducción: La ecografía seriada en el punto de atención (PoCUS) puede mejorar potencialmente la atención de los pacientes agudos mediante un tratamiento ajustado a los hallazgos ecográficos dinámicos. El objetivo era investigar si el tratamiento guiado por la monitorización de pacientes con disnea aguda con ecografía en el punto de atención cardiopulmonar seriada y la atención habitual podría reducir la gravedad de la disnea en comparación con la atención estándar.

Métodos: Este ensayo aleatorizado, controlado y de resultados enmascarados se realizó en tres servicios de urgencias de Dinamarca entre el 9 de octubre de 2019 y el 26 de mayo de 2021. Los pacientes de ≥ 18 años ingresados con disnea como motivo de consulta principal fueron asignados 1:1 con aleatorización por bloques a la atención estándar, que incluía una única PoCUS cardiopulmonar en la primera hora de llegada (grupo control) o la atención estándar que, incluía una PoCUS en la primera hora de llegada más dos PoCUS adicionales realizadas con un intervalo de 2 horas desde la PoCUS inicial (grupo de ecografía seriada). El resultado principal fue una reducción de la disnea medida en una

escala verbal de disnea (EVD) de 0 a 10 registrada en el momento de la inclusión y después de 2, 4 y 5 horas.

Resultados: Se incluyeron 206 pacientes, 102 en el grupo de ecografía seriada y 104 en el grupo de control, todos tuvieron un seguimiento completo. La diferencia media en la EVD entre los pacientes del grupo de ecografía seriada y los del grupo de control fue de -1,09 (IC 95%: -1,51 a -0,66) y -1,66 (IC 95%: -2,09 a -1,23) al cabo de 4 y 5 horas, respectivamente. El efecto fue más pronunciado en los pacientes con diagnóstico presuntivo de insuficiencia cardíaca aguda (ICA). Una mayor proporción de pacientes recibió diuréticos en el grupo de ecografía seriada.

Conclusiones: La terapia guiada por una ecografía pulmonar positiva seriada puede, junto con los cuidados habituales, facilitar una mayor mejoría de la gravedad de la disnea, especialmente en pacientes con ICA, en comparación con los cuidados habituales con una única ecografía pulmonar positiva en urgencias. Por lo tanto, debería considerarse el uso rutinario de la ecocardiografía pulmonar seriada para ayudar al médico a estabilizar al paciente con mayor rapidez. ■



Canadian Journal of Emergency Medicine

Revista oficial de la Canadian Association of Emergency Physicians

CJEM. 2023;25:608-616

Impacto del nivel de atención alternativo en el bloqueo del acceso y las estrategias operativas para reducir los tiempos de espera en urgencias: estudio de simulación multicéntrico

Tian Y, Osgood ND, Stempien J, Onaemo V, Danyliw A, Fast G, et al.

Objetivos: Los tiempos prolongados de espera en el servicio de urgencias (SU) causados por el bloqueo del acceso al hospital son una preocupación creciente para el sistema de asistencia sanitaria canadiense. El objetivo fue cuantificar el impacto de la atención de nivel alternativo sobre el bloqueo del acceso hospitalario y evaluar los efectos probables de las intervenciones múltiples sobre los tiempos de espera en el SU.

Métodos: Se desarrollaron modelos de simulación de eventos discretos para simular los flujos de pacientes en los SU y cuidados intensivos de seis hospitales canadienses. El modelo se llenó con datos administrativos de múltiples fuentes (abril de 2017-marzo de 2018). Se simuló y evaluó el impacto de seis escenarios de intervención diferentes en tres medidas de resultado: (1) tiempo de espera para la evaluación inicial del médico, (2) tiempo de espera para la cama de hospitalización y (3) pacientes que se van de alta sin ser atendidos. Se compararon las medidas de resultado de cada escenario con el escenario de referencia para cada SU.

Resultados: La eliminación del 30% de los días de atención alterna de los pacientes médicos hospitalizados redujo el tiempo medio de espera para cama de hospitalización entre 0,25 y 4,22

h. El aumento de la cobertura médica de los SU redujo el tiempo medio de espera para la evaluación inicial del médico (reducción de 0,16-0,46 h). Las transiciones asistenciales de alta calidad dirigidas a pacientes médicos redujeron el tiempo medio de espera para cama de hospitalización para todos los SU (reducción de 0,34-6,85 h). La reducción de las visitas al SU para las patologías sensibles a ser atendidas por medicina de familia o la mejora de la continuidad de la atención dieron lugar a reducciones clínicamente insignificantes de los tiempos de espera y de los porcentajes de pacientes que se van de alta sin ser atendidos.

Conclusiones: Una reducción moderada de los días de hospitalización en niveles alternativos de atención para pacientes médicos podría aliviar el bloqueo de acceso y reducir los tiempos de espera en urgencias, aunque la magnitud de la reducción varía según el centro. Aumentar la dotación de personal médico del SU y alinear la capacidad médica con la demanda de entrada también podría reducir el tiempo de espera. Las estrategias operativas para reducir los tiempos de espera en los SU deben dar prioridad a la resolución de los factores de producción y rendimiento más que a los factores de entrada. ■

CJEM. 2023;25:736-741

La asociación entre el tiempo de descarga hospitalaria del sistema de servicios paramédicos y el tiempo de respuesta

Blanchard IE, Williamson TS, Hagel BE, Niven DJ, Lane DJ, Dean S, et al.

Objetivo: Para abordar un importante problema asistencial en Canadá, se analizó la asociación entre la descarga hospitalaria del sistema paramédico y el tiempo de respuesta, teniendo en cuenta el impacto de otros factores a nivel de sistema.

Métodos: Los datos de Calgary, en la provincia de Alberta (2014-2017), incluyeron la mediana de tiempo de descarga (exposición) y respuesta (resultado) agregada por hora, con covariables de episodios de atención del sistema paramédico –llamada a la central y llegada de una unidad de respuesta– y llegadas de transporte hospitalario (colectivamente denominadas volumen), hora del día y estación del año. Los análisis utilizaron modelos de regresión lineal y de Poisson modificados.

Resultados: Se incluyeron 301.105 episodios de atención del SEM en 26.193 periodos de 1 hora. Para cualquier periodo de 1 hora, la mediana (RIC) de todos los episodios de atención para el tiempo de descarga, el tiempo de respuesta, los episodios de atención y las llegadas al hospital fueron de 55,3 (45,7-66,3) min, 8,6 (7,6-9,8) min, 12 (8-16) episodios y 8 (5-10) llegadas al hospital, respectivamente. La modelización multivariable reveló una asociación compleja que difería según los niveles de exposición y las covariables, lo que

requirió una descripción mediante escenarios de sistema de “estrés leve” y “estrés intenso”. El escenario leve se definió como una descarga media de 30 minutos y un volumen < percentil 10 (seis episodios y cuatro llegadas al hospital), en verano, y el escenario inintenso como una descarga media de 90 minutos y un volumen > percentil 90 (17 episodios y 13 llegadas al hospital), en invierno. Se observa un aumento (minutos:segundos) de la mediana del tiempo de respuesta por hora entre los escenarios según la hora del día: 1:04-4:16 (00:00-05:59 h.), 0:42-2:05 (06:00-11:59 h.), 0:57-3:01 (12:00-17:59 h.) y 0:18-2:21 (118:00-23:59 h.).

Conclusiones: El aumento de la descarga se asocia con un aumento del tiempo de respuesta; sin embargo, la relación es compleja, con un mayor impacto en el tiempo de respuesta observado en determinadas situaciones, como el alto volumen en invierno. Estas observaciones ilustran la interdependencia de los sistemas paramédico, de urgencias y de hospitalización y proporcionan objetivos de alto rendimiento para las políticas destinadas a mitigar el riesgo para la disponibilidad de recursos paramédicos en la comunidad en momentos de alto retraso en la descarga/estrés del sistema. ■



Hong Kong Journal of Emergency Medicine

Revista oficial del Hong Kong College Emergency Medicine y The Hong Kong Society for Emergency Medicine and Surgery

Hong Kong J Emerg Med. 2023;30:271-276

Efecto de la posición de los hombros en la visualización ultrasonográfica de la vena subclavia en adultos sanos: estudio observacional prospectivo

Leung HJ, Wong LY, Pak CS, Yang MLC

Introducción: La guía ecográfica se utiliza habitualmente durante la canulación venosa central. La vena subclavia es un sitio comúnmente elegido, pero estudios previos encontraron resultados variables en la posición ideal del hombro para la canulación de la vena subclavia. El objetivo de este estudio es determinar qué posición del hombro resulta en la mayor área transversal de la vena subclavia derecha para la canulación.

Métodos: En este estudio observacional prospectivo, se realizó una ecografía a voluntarios adultos sanos para visualizar la vena subclavia derecha en tres posiciones diferentes del hombro: neutra, abducción y retracción. Un investigador ciego independiente midió las áreas transversales mediante un programa informático utilizando el método de planimetría. El análisis estadístico se realizó mediante un análisis de varianza de medidas repetidas unidireccional.

Resultados: Cuarenta y cuatro adultos participaron en el estudio. El área transversal media de la vena subclavia derecha en las posiciones de hombro neutro, abducción y retracción fue de $1,05 \pm 0,33 \text{ cm}^2$, $1,01 \pm 0,31 \text{ cm}^2$ y $0,82 \pm 0,28 \text{ cm}^2$, respectivamente. En comparación con la retracción del hombro, las áreas transversales aumentaron significativamente en las posiciones de hombro neutro ($P < 0,01$) y abducción ($P < 0,01$). No hubo diferencias significativas entre las posiciones de hombro neutro y abducción ($P = 0,71$).

Conclusiones: La colocación del hombro en posición neutra o en abducción da lugar a la mayor área de sección transversal de la vena subclavia derecha y puede ser más idónea para la canulación guiada por ecografía. ■



Hong Kong J Emerg Med. 2023;30:305-313

Tomografía computarizada para predecir el pronóstico de sarcopenia medida con músculo paraespinal en pacientes ancianos con neumonía

Bae SJ, Kim K, Yun SJ, Lee SH

Introducción: En los ancianos, los hallazgos diagnósticos de neumonía suelen ser atípicos. La tomografía computarizada se recomendó para el diagnóstico de neumonía en pacientes ancianos. Recientemente, ha aumentado el uso de la tomografía computarizada como herramienta de cribado de la neumonía en los servicios de urgencias. La sarcopenia se define como la pérdida de masa y fuerza muscular esquelética con el envejecimiento. En este estudio, se evaluó la asociación entre la sarcopenia y el pronóstico medido mediante tomografía computarizada en comparación con el CURB-65.

Métodos: Este estudio se realizó en pacientes diagnosticados de neumonía mediante tomografía computarizada desde el 1 de marzo de 2018 hasta el 31 de marzo de 2020. El tamaño y la atenuación del músculo paraespinal se midieron en un nivel situado a nivel del pedículo T12 en imágenes axiales de tomografía computarizada. El tamaño del músculo paraespinal se presentó como índice del músculo paraespinal. Las diferencias en el rendimiento pronóstico entre el tamaño y la

atenuación del músculo paraespinal y CURB-65 se evaluaron mediante el área bajo la curva de la característica operativa del receptor.

Resultados: Se incluyeron 509 pacientes y 132 pacientes (25,9%) ingresaron en la unidad de cuidados intensivos (UCI), y 58 pacientes (11,4%) fallecieron en el hospital. El índice del músculo paraespinal fue el factor significativo para predecir la mortalidad intrahospitalaria y el ingreso en la UCI. El área bajo la curva de la característica operativa del receptor del índice del músculo paraespinal para predecir la mortalidad fue de 0,738 y la del CURB-65 fue de 0,707. El área bajo la curva de la característica operativa del receptor del índice del músculo paraespinal y del CURB-65 para predecir el ingreso en la UCI fue de 0,766 y 0,704, respectivamente.

Conclusiones: Como método de medición de la sarcopenia, el índice del músculo paraespinal fue superior al CURB-65 en pacientes ancianos con neumonía. El uso de la tomografía computarizada para predecir el pronóstico de los pacientes ancianos con neumonía aliviará la carga económica. ■