Rev Clin Esp. 2018;218(Espec Congr):748

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-147 - MORTALIDAD EN EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO VALORADO POR NEUMONÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. EXPERIENCIA DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA

L. Fernández Ávila[1], L. Torres Trenado[2], D. Ramírez Yesa[2], A. Rodríguez Borrell[2], R. Castilla[2], M. Rodríguez Mora[2], N. Maya Hamed[2] y M. Guzmán García [1]

[1]Medicina Interna. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén).[2]Medicina Interna. Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).

Resumen

Objetivos: Valorar las características clínicas de aquellos pacientes ingresados y fallecidos en el periodo establecido desde la valoración del paciente hasta 72 posteriores a su valoración inicial, catalogado como diagnóstico principal "infección respiratoria" en el paciente con puntuación en el índice de Charlson ? 3. Valorar factores relevantes vinculados con reingreso y mortalidad en esta cohorte. Describir intervenciones potenciales para mejora del manejo clínico de estos pacientes.

Material y métodos: Se realiza la obtención de datos de pacientes que precisaron de ingreso hospitalario tras valoración desde el Servicio de Urgencias y seguimiento tras las primeras 72 horas desde su valoración en los Hospital de San Juan de la Cruz (Jaén) y Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz). Se procedió al registro de las incidencias producidas en el periodo de octubre de 2016 a octubre de 2017. Tras la recogida de datos estos pacientes, se realiza un estudio descriptivo retrospectivo tras su análisis estadístico y valoración de variables principales.

Resultados: Se registraron un total de 19 fallecimientos durante el periodo evaluado, siendo el 7,92% del total de valoraciones de infecciones respiratorias y 12,34% de las valoraciones de pacientes con Charlson igual o mayor a Edad media 80,52 ± 7,42. Mujeres: 42,11%, Hombres: 57,89%. Criterios de sepsis grave: 47,37%, Shock séptico: 31,58%. SOFA promedio: 5,53 ± 2,11; qSOFA ? 2: 52,63%. Pneumonia Severity Index (PSI) igual a 4: 21,05%(4 pacientes); PSI igual a 5:78,95%. Tratamiento antibioterápico empírico correcto: 47,37% (9 pacientes). Patología respiratoria previa: 52,63%. Necesidad de VMNI: 31,58% (6). Intubación orotraqueal: 5%(1 paciente). > 5 fármacos de forma previa: 73,68%.Aislamiento microbiológico durante el ingreso: 15,79% (3). Utilización de procalcitonina en Servicio de Urgencias: 21,55(4).

Discusión: Los pacientes pluripatológicos suelen tener una media de edad alta, con un mayor riesgo de infecciones debido a factores como el envejecimiento, la desnutrición o la concurrencia de múltiples enfermedades crónicas. El 85% de los pacientes mayores de 70 años padecen dos o más patologías asociadas. Lo mismo sucede con las personas pluripatológicas con demencia, pues el 95% de ellas padecen dos o más enfermedades y un 64% tienen más de tres patologías. En el caso de las personas con enfermedades crónicas, el ajuste de dosis de fármacos, el retraso identificación de gravedad del paciente y el retraso en pruebas de laboratorio condicionan aquellas intervenciones no demorables que influyen en el pronóstico a corto plazo de estos pacientes, presentando mayor impacto si cabe en el Servicio de Urgencias. En nuestro caso la

mortalidad aumenta de forma exponencial en estos pacientes. Otro factor destacable es el alto porcentaje de tratamiento antibioterápico incorrecto (bien por superar el tiempo recomendable o por tratamiento incorrecto) junto al escaso número de cultivos solicitados en el Servicio de Urgencias. Con respecto a la catalogación de gravedad con las escalas SOFA-qSOFA junto a PSI y CURB-65 pueden condicionar una infravaloración de estos pacientes.

Conclusiones: En nuestro estudio, el paciente pluripatológico valorado, suele ser un paciente con edad avanzada y predominio de patologías de carácter respiratoria y cardiovascular, presentando más riesgo de infecciones debido a los cambios inmunológicos relacionados con el envejecimiento, la desnutrición, la concurrencia de múltiples enfermedades crónicas y el deterioro funcional y cognitivo, entre otras cuestiones. Es necesario reclamar un abordaje integral a los pacientes desde un modelo de atención centrado en el paciente y presentar un carácter diferencial en su atención en el Servicio de Urgencias.

0014-2565 / © 2018, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.