

EFICACIA DE LAS ESCALAS PRONÓSTICAS (FINE Y CURB-65) PARA PREDECIR EL RIESGO DE MORTALIDAD EN LA NEUMONÍA COMUNITARIA

Alberto Capelastegui

Servicio de Neumología, Hospital de Galdakao. Bizkaia

Entre las escalas pronósticas elaboradas para predecir el riesgo de mortalidad en los pacientes diagnosticados de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) destacan la escala Pneumonia Severity Index (PSI), desarrollado en USA por Fine et als, y la escala CURB-65, desarrollada en Europa por Lim et als. Sus respectivas capacidades predictivas de la mortalidad quedan fuera de toda duda puesto que han sido confirmadas en diferentes poblaciones y han resultado ser muy poderosa (áreas bajo la curva ROC>0.80). En todo caso, no deja de sorprender que una escala de 5 variables, como la del CURB-65, tomadas en el momento del diagnóstico sea capaz de predecir algo como la mortalidad que tiene múltiples condicionantes como por ejemplo: la situación previa del huésped, el tipo de tratamiento aplicado, la evolución, el germen responsable....

Aunque las dos escalas pronósticas mencionadas se elaboraron a través de la mortalidad, se ha podido comprobar que también se correlacionan significativamente con otros aspectos importantes como son la duración de la estancia hospitalaria, la decisión de ingreso, la readmisión en 30 días, y la utilización de Cuidados Intensivos y/o la necesidad de ventilación mecánica. Estas características han permitido convertir estas escalas pronósticas en herramientas útiles para el manejo/tratamiento de los pacientes diagnosticados de NAC. En este sentido, la escala PSI identifica 5 clases de riesgo de tal forma que los pacientes pertenecientes a las clases I, II y III son considerados de bajo riesgo y serían candidatos a ser tratados de forma ambulatoria o bien ser ingresados durante un breve periodo de tiempo, mientras que los pacientes pertenecientes a las clases IV y V son consi-

derados de alto riesgo y deberían ser tratados en un hospital. Por su parte, la escala CURB-65 identifica 3 grupos diferentes de pacientes de tal forma que los del grupo 1 (escala 0-1) tienen un bajo riesgo y serían candidatos a ser tratados de forma ambulatoria, los del grupo 2 (escala 2) tienen un riesgo intermedio y se debería considerar la posibilidad de ingreso hospitalario y los del grupo 3 (escala>2) con un alto riesgo serían susceptibles de ingreso hospitalario y posibles candidatos a ser tratados en Cuidados Intensivos.

Las escalas pronósticas (PSI, CURB-65) nacen con vocación de convertirse en reglas clínicas de predicción que permitan mejorar la práctica clínica. Este interés por mejorar la práctica clínica en los pacientes diagnosticados de NAC responde a constatación reiterativa de la existencia de una gran variabilidad entre hospitales y entre países en el tratamiento/manejo de estos pacientes. De hecho, se han identificado importantes áreas de mejora en aspectos relacionados con su tratamiento/manejo y con los resultados obtenidos (en términos de desenlaces) como por ejemplo: la duración de la estancia hospitalaria, la relación entre pacientes ingresados y tratados ambulatoriamente, la duración del tratamiento intravenoso y del tratamiento antibiótico, el tipo de antibiótico y la precocidad en su administración, la mortalidad, los criterios de ingreso en Cuidados Intensivos.....

La pregunta que plantea el título de esta ponencia es muy pertinente y oportuna, me atrevería a decir que resulta fundamental. Si la pregunta hubiese sido ¿ Son útiles las escalas pronósticas antes mencionadas? Mi respuesta sería rotundamente SI, por las siguientes razones: 1- identifican la gravedad del paciente en el momento del ingreso, algo especialmente importante sobre todo en aquellos Servicios de Urgencias que disponen de personal no especializado o en fase de MIR; 2- clasifican a los pacientes en grupos homogéneos de riesgo. Esto nos permitiría comparar diferentes cohortes de pacientes (podríamos comparar entre hospitales el

Correspondencia:

Alberto Capelastegui

*Servicio de Neumología, Hospital de Galdakao
48960 Galdakao, Bizkaia*

E-mail: acapelas@hgda.osakidetza.net

Pneuma 2007; 8: 37 - 38

manejo y los desenlaces obtenidos en los pacientes con NAC agrupados en función de estas escalas pronósticas). También nos permitiría establecer controles de calidad con consistencia clínica (por ejemplo, mortalidad, duración de la estancia hospitalaria, complicaciones, fracaso terapéutico, reingresos y duración de la medicación intravenosa, todo ello en función de la gravedad correspondiente a los grupos establecidos por las escalas pronósticas) tanto para ver la propia evolución como para poder compararse con los "mejores". Por último, esta capacidad que tienen las escalas pronósticas mencionadas para establecer grupos homogéneos hace que sean herramientas fundamentales para la investigación.

Como la pregunta que plantea el título de esta ponencia hace referencia a la eficacia (podríamos ampliarla a efectividad y/o eficiencia) la respuesta no resulta tan clara. Es cierto que disponemos de evidencia científica sólida que demuestra la utilidad, en términos de eficacia, efectividad y eficiencia, de las Guías Clínicas (GC) para el tratamiento/manejo de los pacientes ingresados por NAC. Y se da la circunstancia de que la mayoría de estas GC han utilizado la escala PSI para clasificar a los pacientes en su valoración inicial y, en función de su gravedad decidir si el paciente debe ser o no ingresado. Sin embargo, las GC son intervenciones multifactoriales que conllevan actuaciones adicionales a la utilización de las escalas de gravedad. Por tanto, es difícil identificar el "peso" que tiene la aplicación de estas escalas en los logros conseguidos por la aplicación de las GC. En todo caso, parece razonable atribuir a estas herramientas la reducción de ingresos de los pacientes de bajo riesgo demostrada en algunos estudios.

Otro de los aspectos fundamentales al valorar la eficacia de estas escalas pronósticas es su operatividad. Debemos tener en cuenta que la mayoría de las veces deben aplicarse en un medio extrahospitalario y/o en los Servicios de Urgencias Hospitalarios, estos últimos sometidos con frecuencia a una gran carga asistencial y donde las escalas pronósticas de la NAC son "una más" dentro de las patologías médicas relevantes que atienden. Resulta evidente que la escala CURB-65, que ha sido validada a nivel extrahospitalario en su forma reducida CRB-65 (eliminando la U, de urea), tiene grandes ventajas operativas puesto que es fácil de memorizar y de aplicar. Sin embargo, para aplicar la escala PSI resulta imprescindible utilizar un soporte informático que, tras introducir las 20 variables que lo componen, nos facilite automáticamente la puntuación y la clase de riesgo. Por otra parte, existen dudas sobre los resultados que se puedan obtener con la aplicación de la escala PSI a nivel extrahospitalario.

Como conclusión, considero que la utilización de las escalas pronósticas han supuesto un gran avance en la investigación de la NAC y, es muy probable, que su apli-

cación en la práctica clínica consiga mejorar, en términos de efectividad y eficiencia, el tratamiento/manejo y los resultados de los pacientes diagnosticados de NAC.

Bibliografía

1. Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N Engl J Med* 1997; 336: 243-250.
2. España PP, Capelastegui A, Quintana JM, et al. A prediction rule to identify allocation of inpatient care in community-acquired pneumonia. *Eur Respir J* 2003;21:695-701.
3. Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, et al. Defining community-acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax*. 2003;58:377-382.
4. Capelastegui A, España PP, Quintana JM, et al. Validation of a predictive rule for the management of community-acquired pneumonia. *Eur Respir J* 2005;27:151-157.
5. Aujesky D, Auble TE, Yealy DM et al. Prospective comparison of three validated prediction rules for prognosis in community-acquired pneumonia. *Am J Med* 2005;118:384-392.
6. Ewig S, de Roux A, Bauer T, et al. Validation of predictive rules and indices of severity for community acquired pneumonia. *Thorax*2004;59:421-427.
7. Capelastegui A, España PP, Quintana JM, et al. Improvement of process-of-care and outcomes after implementing a guideline for management of community-acquired pneumonia: a controlled before-and-after study. *Clin Infect Dis* 2004; 39:955-963.
8. Marrie TJ, Lau CY, Wheeler SI, et al. A controlled trial of a critical pathway for treatment of community-acquired pneumonia. *JAMA* 2000; 283: 749-755.
9. Chu LA, Bratzler DW, Lewis RJ, et al. Improving the quality of care for patients with pneumonia in a very small hospital. *Arch Intern Med* 2003;163:326-332.
10. Dean NC, Suchyta MR, Bateman KA, Aronsky D, Hadlock CJ. Implementation of a admission decision support for community-acquired pneumonia. *Chest*. 2000;117:1368-1377.
11. Atlas SJ, Benzer TI, Borowsky LH, et al. Safely increasing the proportion of patients with community-acquired pneumonia treated as outpatients. An intervention trial. *Arch Intern Med*. 1998; 158: 1350-1356.