

6. Sánchez-Mora N, Cebollero-Presmanes M, Monroy V, Carretero-Albiñana L, Herranz-Aladro M, Alvarez-Fernández E. Tumor fibroso solitario pleural: características clinicopatológicas de una serie de casos y revisión de la bibliografía. Arch Bronconeumol. 2006;42:96-9.

Patricia Mínguez Clemente ^{a,*}, Manuel Valle Falcones ^a y Francisco Javier Moradiellos Díez ^b

^a Servicio de Neumología, Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

doi:10.1016/j.arbres.2010.03.006

^b Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: patriciaminguez22@hotmail.com
(P. Mínguez Clemente).

¿Es posible mejorar el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en los servicios de urgencias hospitalarios?

Is it Possible to Improve the Management of Community Acquired Pneumonia in Hospital Emergency Departments?

Sr. Director:

En el año 2008 se publicó el documento «Manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en los servicios de urgencias»¹ elaborado por TIR-SEPAR (Área de Tuberculosis e Infecciones Respiratorias de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica) e INFURG-SEMES (Grupo de estudio Infecciones en Urgencias de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias) con el objetivo de servir de herramienta para disminuir la variabilidad clínica y mejorar el manejo integral de la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) desde los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH). En él se define NAC cuando existe «una presentación clínica infecciosa aguda compatible y su demostración radiológica». Uno de sus puntos fundamentales, sin duda, se basa en la importancia de administrar cuanto antes la primera dosis del antimicrobiano, y que esta sea además la indicada por los expertos, como nos recomiendan algunas de las guías más relevantes^{2,3}. Esto no solo puede ser posible en el SUH, si no que debe ser un objetivo irrenunciable hoy en día⁴. La realidad nos demuestra que conseguirlo no es fácil y tendremos en contra muchos factores adversos (saturación del SUH, ingresos pendientes de camas, número total de urgencias/día, número de pacientes asignados por médico) que han demostrado ser predictores independientes del retardo en la administración en las 4 primeras horas del antibiótico en el SUH en la NAC⁵. Pero para

lograrlo nos propusimos: mejorar el triaje o primera valoración del paciente, la detección precoz del enfermo con NAC y/o criterios de sepsis, implantar un protocolo de manejo del paciente con sospecha de NAC (documento SEMES-SEPAR antes referido) y la realización sistemática de una escala pronóstica para adecuar mejor la decisión del ingreso o alta y así determinar y administrar precozmente el tratamiento adecuado⁶. Es conocido que la adherencia a las guías de práctica clínica ha demostrado una reducción de la mortalidad, mejora la adecuación y precocidad de los tratamientos y optimiza el uso de pruebas complementarias aumentando la tasa de diagnósticos conseguidos desde el SUH. Por ello, diseñamos un estudio prospectivo observacional, simple ciego desde el 1-6-2008 al 30-9-2008 (grupo control) y del 4-10-08 al 15-1-09 (grupo estudio) de pacientes adultos diagnosticados de NAC en el SUH. Con el objetivo de analizar el cumplimiento, diferencias y mejoría en el manejo de la NAC tras implantar «las mencionadas recomendaciones SEMES-SEPAR 2008 para el SUH», comparando un grupo previo y otro posterior a su implantación. Para el análisis comparativo utilizamos el paquete SPSS14.0 (t de Student, U de Mann-Whitney y la prueba de χ^2 corregida por Yates para las proporciones, considerando diferencia significativa $p < 0,05$). En la **tabla 1** se muestran algunos de los resultados obtenidos. La selección e inclusión de los pacientes y su posterior seguimiento en el tiempo se realizó por colaboradores independientes, hasta tener 100 casos confirmados consecutivos en cada grupo, que definieron como «manejo adecuado» (tratamientos y medidas) el citado documento SEMES-SEPAR. Entre los 2 grupos se hicieron sesiones clínicas y se facilitó y explicó a todos los médicos del SUH el documento, solicitando su aplicación sistemática a partir del 4-10-08. La incidencia de la NAC supuso el 0,56 vs. 0,59% de los enfermos

Tabla 1
Resultados comparativos antes y después de implantar las recomendaciones INFURG-SEMES – TIR-SEPAR

Resultados	GC N=100	GE N=100	Diferencia
Criterios de SG/SS (%)	8	10	NS
Tratamiento antimicrobiano empírico adecuado (%)	62	97	$p < 0,05$
Administración antibiótico en menos de 4 h (%)	31	90	$p < 0,05$
Duración del tratamiento antibiótico (días)	12,5	9,1	$p < 0,05$
Estancia hospitalaria (días)	8,6 ± 6,2	6,3 ± 4,4	$p < 0,05$
Solicitud adecuada de pruebas complementarias/microbiológicas (%)	18	74	$p < 0,05$
Consecución diagnóstico microbiológico final (%)	22	47	$p < 0,05$
Altas en la primera visita desde el servicio de urgencias (incluye observación menos de 24 h) (%)	38	42	NS
Ingreso en UCE (24-72 h) (%)	23	26	NS
Ingreso en planta (%)	30	24	NS
Ingreso en UCI (%)	9	8	NS
Reconsulta durante los 30 días posteriores tras el alta inicial desde urgencias (%)	17	8	$p < 0,05$
Mortalidad total acumulada a los 30 días (%)	11	8	NS

GC: grupo control (antes de las recomendaciones); GE: grupo estudio (posterior a la implantación de las recomendaciones); N: número total pacientes de cada grupo; NS: diferencias no significativas; PSI: Pneumonia severity index; SG: sepsis grave; SS: shock séptico.

atendidos en el SUH (6-7 casos/1.000hab/año en los 2 grupos). La edad \pm DS (62 ± 21 vs. 65 ± 19 años). El índice de comorbilidad de Charlson (media \pm DS) fue de $1,9 \pm 1,6$ vs. $2,1 \pm 1,8$, que ponderado en función de la edad ascendía a $4,1 \pm 2,1$ vs. $4,5 \pm 2,3$. El grupo estudio y el control tuvieron una distribución de casos sin diferencias significativas respecto a los grupos de riesgo de la escala de Fine (PSI: Pneumonia Severity Index). Podemos afirmar que la implementación de la guía ha permitido mejorar de forma significativa el proceso asistencial de la NAC en nuestro SUH. Se consigue aumentar el tratamiento empírico adecuado, mayor diagnóstico etiológico, mejor adecuación de solicitud de pruebas complementarias microbiológicas, menor estancia hospitalaria, menor duración de tiempo de antibiótico y menor tasa de reconsultas. Y como esperábamos al realizar el estudio un mayor índice de administración de antimicrobianos adecuados en las primeras 4 h de estancia del paciente en el SUH. En relación a la mortalidad en porcentaje absoluto durante los 30 días posteriores al ingreso (imputada por los colaboradores del estudio al propio proceso infeccioso o por complicaciones derivadas de él), es menor en el grupo estudio (8 vs. 11%) aunque sin diferencias significativas posiblemente por el tamaño de la muestra.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Julián Jiménez A, Menéndez Villanueva R, Aspa Marco FJ, Candel González FJ, Dorca Sagatal J, González del Castillo J. Manejo de la neumonía adquirida en la

doi:10.1016/j.arbres.2010.03.001

comunidad en los servicios de urgencias. Madrid: Edicomplet; 2008. [consultado 23/2/2010]. Disponible en: <http://www.infurg-theses.org/noticias/archivos/9508243085512473.pdf>.

2. Alfageme I, Aspa J, Bello S, Blanquer J, Blanquer R, Borderías L, et al. Normativas para el diagnóstico y el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Grupo de Estudio de la Neumonía Adquirida en la Comunidad Área de Tuberculosis e Infecciones Respiratorias (TIR-SEPAR). Arch Bronconeumol. 2005;41:272-89.
3. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Douglas G, Dean NC, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. Clin Infect Dis. 2007;44:S27-72.
4. Renaud B, Santón A. El manejo en urgencias del paciente con neumonía adquirida en la comunidad. Emergencias. 2009;21:243-6.
5. Romero Pizarro Y, Morejón de Girón B, Vicuña Andrés I, Mañez Saiz C, Criado Dabrowska C, Moya Mir MS. Tiempo hasta la administración de la primera dosis de antibiótico en las neumonías adquiridas en la comunidad en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Rev Clin Esp. 2009;209:409-14.
6. 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.

Agustín Julián-Jiménez*, María José Palomo de los Reyes y Natividad Laín-Terés

Servicio de Urgencias, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: agustinj@sescam.jccm.es (A. Julián-Jiménez).

Coriorretinopatía central serosa como forma de debut del síndrome de apneas-hipopneas del sueño

Central Serous Chorioretinopathy as First Sign of Onset of Sleep Apnea-Hypopnea Syndrome

Sr. Director:

En los últimos años se han producido grandes avances en el conocimiento de la fisiopatología del Síndrome de Apneas-Hipopneas durante el Sueño (SAHS). Además de las relaciones clásicas con el riesgo cardiovascular o los accidentes de tráfico, se ha relacionado con trastornos metabólicos (aterogénesis o alteraciones del metabolismo hidrogenocarbonato), entidades neurológicas (enfermedad cerebrovascular o hipertensión intracraneal) o incluso alteraciones oculares (síndrome del párpado caído o glaucoma)^{1,2}.

Presentamos un caso de coriorretinopatía central serosa (CCS) en un paciente joven que fue la forma de debut del SAHS, en nuestro conocimiento el primer caso descrito en la literatura española. Varón de 37 años, exfumador, con antecedentes de diverticulitis intervenida quirúrgicamente y migrañas sin aura habituales. Acudió a urgencias por presentar cuadro de pérdida de visión en ojo derecho de 48 h de evolución, motivo por el cual fue valorado por oftalmología. La exploración del fondo de ojo derecho reveló un acúmulo de fluido en la zona macular con desprendimiento del neuroepitelio. Se realizó una angiografía fluoresceínica apreciándose una zona hipofluorescente en el área del despegamiento y un punto de fuga hiperfluorescente en la fase tardía (fig. 1A). También se practicó una tomografía de coherencia

óptica que mostró el desprendimiento del neuroepitelio con fluido subretiniano (fig. 1B), hallazgos compatibles con el diagnóstico de CCS. Ante historia previa de roncopatía, fue remitido a nuestra unidad de sueño para valoración. En la anamnesis dirigida presentaba cuadro de 3-4 meses de evolución consistente en roncopatía, pausas de apnea referidas, rinorrea acuosa, sequedad bucal matutina y excesiva somnolencia diurna (test de Epworth de 13 puntos). No presentaba alteraciones a la exploración del macizo craneofacial ni hipertrofia amigdalina, con un Mallampati II, un IMC de 28.5 kg/m² y una tensión arterial de 130/85 mmHg. El Radio Alérgico Sorbent Assay (RAST) fue positivo débilmente a *D. pteronyssinus* y *D. farinae*. En la polisomnografía (PSG) existía una alteración arquitectural del sueño, con aumento de sueño superficial, a expensas de eventos respiratorios, en su mayoría obstructivos, con un índice de alteraciones respiratorias (RDI) de 64,2 h⁻¹, una saturación de oxígeno (SaO₂) media de 94% y un tiempo por debajo de 90% de SaO₂ (TC90) de 5,5%. Se inició tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) a 7 cmH₂O y antagonistas de los receptores de leucotrienos, con mejoría de la sintomatología respiratoria y disminución de la somnolencia diurna (Epworth 6 puntos). La evolución oftalmológica fue favorable, recuperando la agudeza visual en 4 semanas y desapareciendo las alteraciones del fondo de ojo.

Dentro de las alteraciones oftalmológicas del SAHS, se ha descrito excepcionalmente la CCS³⁻⁵. En esta entidad, se produce una alteración coriorretiniana consistente en un desprendimiento seroso de la retina neurosensorial en la región macular, permitiendo el paso de líquido desde la coroides y su depósito en el espacio subretiniano. Suele ocurrir en varones jóvenes y de