

Botet, R*; Muñoz, A.; Casquet, A; Amores, B; Diaz-Tavora, M; López, A (UCI Hospital Infanta Cristina).
 (*Contacto: rbotetgomez@gmail.com)

INTRODUCCIÓN: Desde el servicio de urgencias es habitual el uso de escalas de valoración de la mortalidad para estratificar la necesidad de ingreso hospitalario y el riesgo de complicaciones. Revisaremos la aplicación de dos escalas, Curb-65 cuyo uso esta muy arraigado por su sencillez, y escala FINE más compleja.

OBJETIVO: Presentación de 2 casos clínicos y uso de escalas de estratificación de riesgo de mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presentan los casos de 2 pacientes menores de 50 años sin comorbilidades que acuden inicialmente a urgencias dolor torácico de características pleuríticas y son dados de alta. Acuden a las 48 h por empeoramiento clínico con disnea e hipoxemia, empiema asociado, necesidad de drenaje y tratamiento antibiótico de larga duración. Para su estratificación utilizamos las escalas CURB-65 y FINE de valoración de riesgo en NAC, en base a sus variables (Fig. 1 y 2).

RESULTADOS:

1º paciente: Inicialmente CURB 65: 0, FINE: 73 (Clase III, riesgo intermedio); en Rx tórax condensación basal derecha (Fig 3), siendo dado de alta con amoxi/clav. A las 48h CURB 65: 1, FINE: 98 (Clase IV, riesgo elevado); Rx tórax con derrame pleural derecho (Fig 4), pO2 de 55 en gasometría con Vmask 50%. Ingreso en UCI por NAC grave, con empeoramiento de derrame paraneumónico con desviación mediastínica contralateral (Fig 5), necesitando drenaje con tubo de tórax y posterior fibrinólisis.

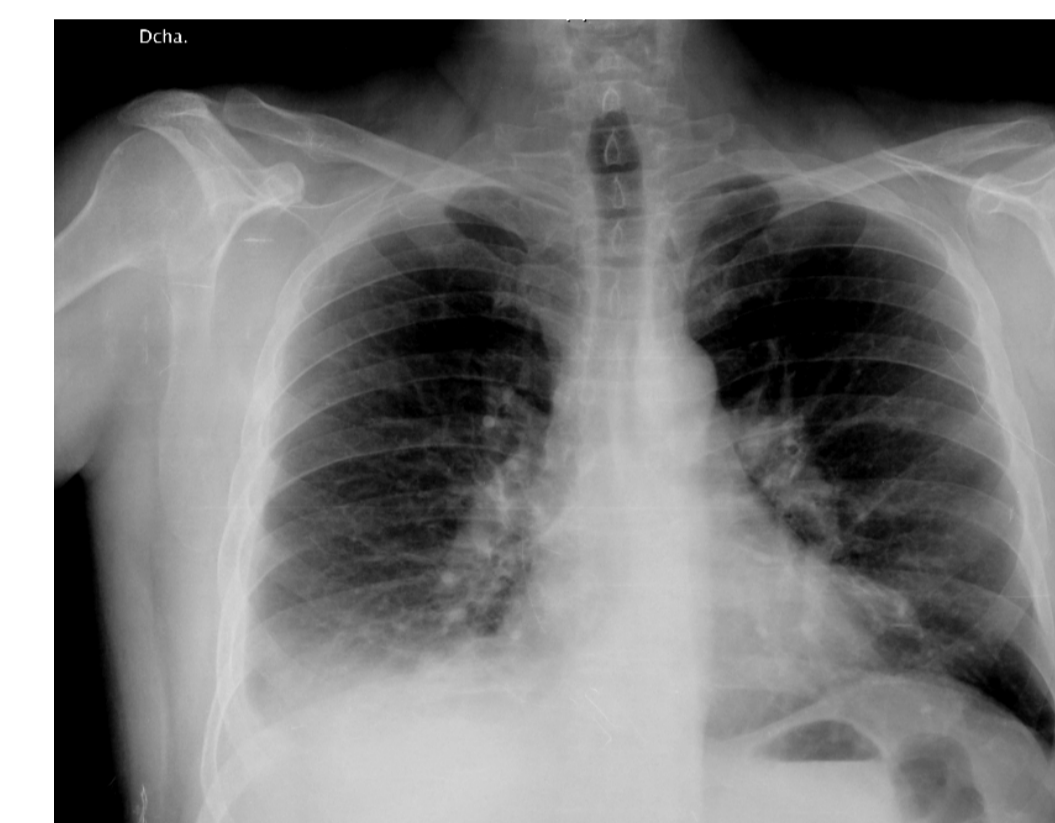


Fig. 3: Condensación basal derecha.

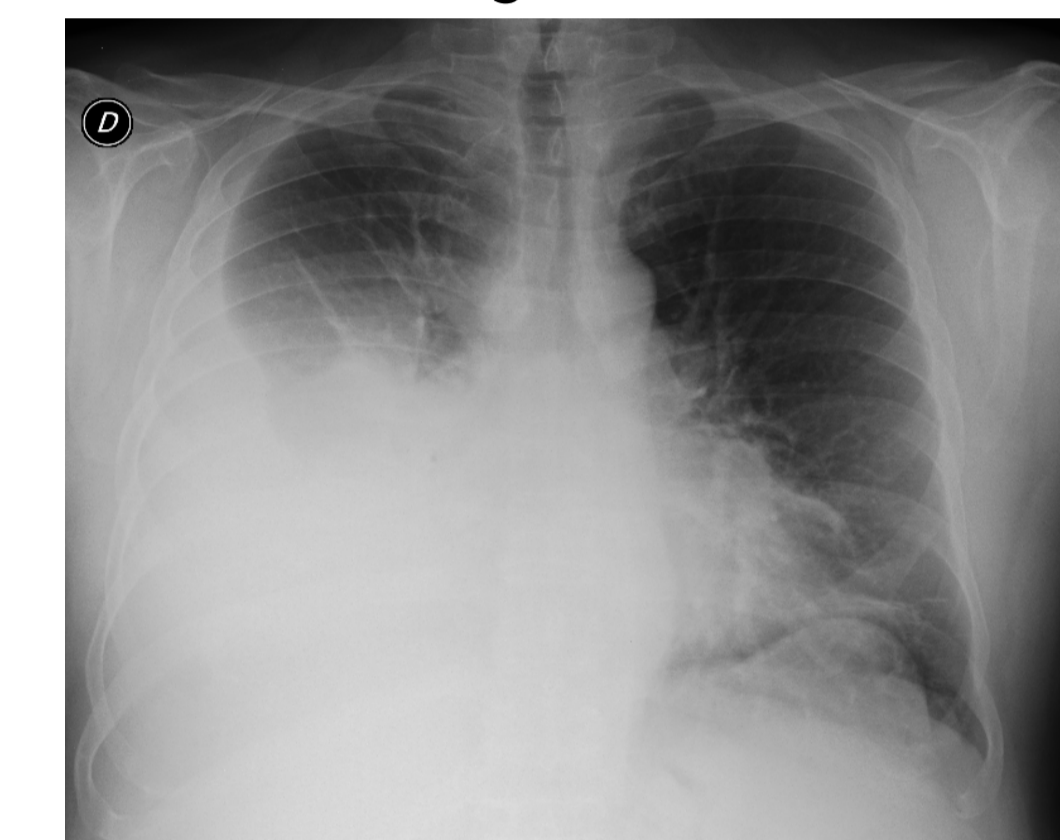


Fig. 4: Derrame pleural derecho.



Fig. 5: >derrame + desviación mediastínica.

2º paciente: Inicialmente CURB 65:0, FINE: 44 (Clase I, bajo riesgo); Rx tórax normal (Fig. 6), alta sin tratamiento. A las 48h gran deterioro presentando CURB 65: 3 (manejo hospitalario/UCI), FINE:164 (Clase V, Mortalidad 27-30%); Rx tórax empiema con nivel hidroaéreo derecho (Fig. 7). Ingreso en UCI por NAC grave con mal estado general, requiriendo drenaje, IOT y conexión a VM prolongada, con desarrollo de SDRA.

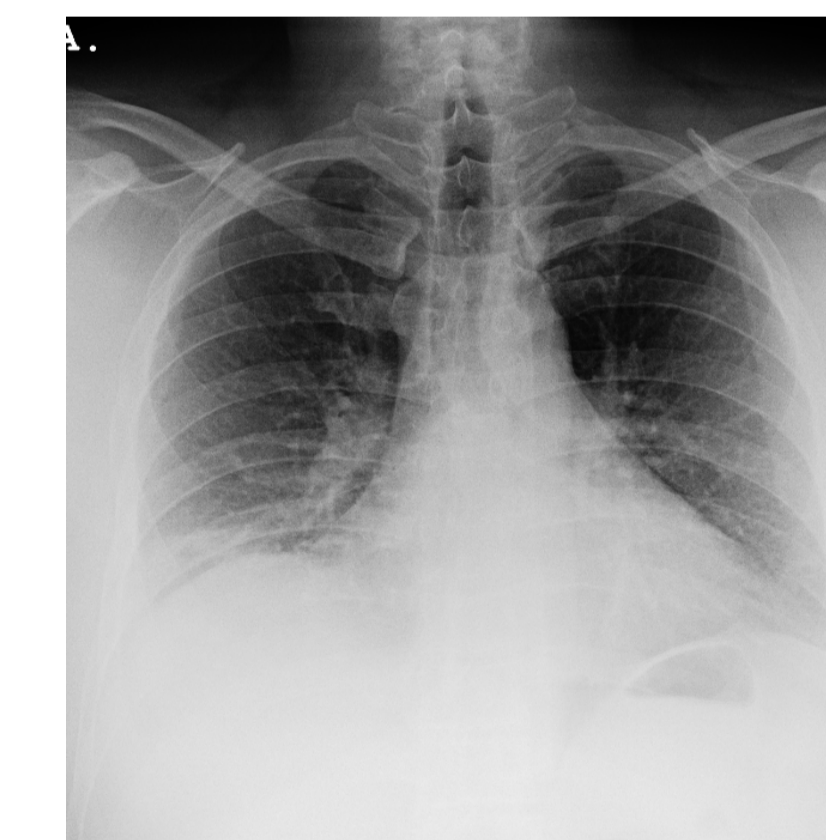


Fig. 6: Sin alteraciones..

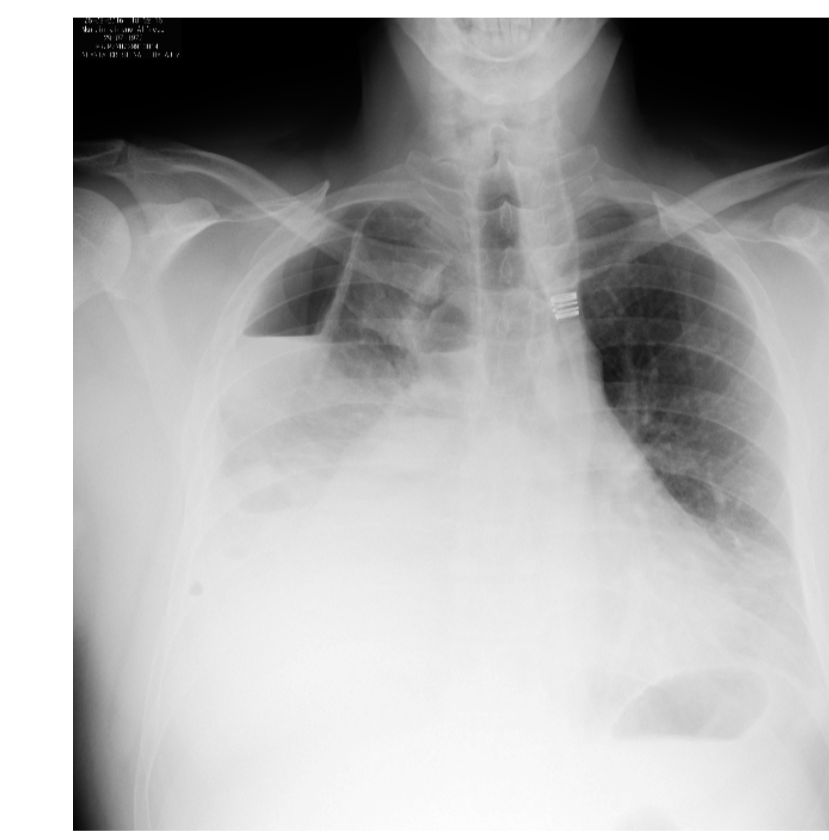


Fig. 7: Empiema con nivel hidroaéreo derecha.

Curb 65		P
C	Confusión	1
U	Uremia	1
R	Resp >30 rpm	1
Bp	TAS<90/ TAD<60	1
65	>65 años	1

Puntuación	Grupo	Mortalidad 30d	Manejo
0-1	1	1,5%	Domiciliario
2	2	9,2%	Hospitalario
3-5	3	22%	Hospitalario/UCI

Fig. 1: Escala CURB 65 y valores de variables.

Estratificación de riesgo (puntuación de Fine)		
Puntuación de las variables para predicción de mortalidad temprana		
Característica		Puntuación
Edad: hombres	Número de años	
Mujeres	Número de años -10	+10
Asilo o residencias		+30
Enfermedad neoplásica		+20
Enfermedad hepática		+10
Insuficiencia cardíaca congestiva		+10
Enfermedad cerebrovascular		+10
Enfermedad renal		+10
Estado mental alterado		+20
Frecuencia respiratoria ≥ 30/min		+20
PA sistólica < 90		+20
Temperatura < 35 °C o ≥ 40 °C		+15
Pulso ≥ 125/min		+10
pH arterial < 7,35		+30
BUN ≥ 30 mg/dl		+20
Na < 130 nmol/l		+20
Glucosa ≥ 250 mg/dl		+10
Hematocrito < 30%		+10
PaO ₂ < 60 mmHg		+10
Derrame pleural		+10

Clase de riesgo Fine	Puntuación	Muerte 30 días, %
Clase I	Si < 50 años y sin neoplasia, ni insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, enfermedad hepática o renal	0,1
Clase II	< 70	0,6
Clase III	71-90	0,9-2,8
Clase IV	91-130	8,2-9,3
Clase V	> 130	27-29,2

Fig. 2: Escala FINE y valores de variables.

CONCLUSIÓN: Las escalas descritas son útiles si tenemos dudas sobre la gravedad, pero siempre es necesario valorarlos en el contexto clínico y según la experiencia médica.

