

Variación de las características y epidemiología de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios

Variation of the characteristics and epidemiology of patients with pneumonia acquired in the community treated in hospital A and E services

I. Santiago Aguinaga, T. Belzunegui Otano

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el reciente trabajo publicado en su revista por Julián-Jiménez A y col en relación a las características y cambios epidemiológicos de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad en los servicios de urgencias¹, en el cual se objetivan una serie de sensaciones que creemos que compartimos todos los médicos del servicio de Urgencias y que son, principalmente, el progresivo envejecimiento de la población, el incremento en la asistencia a pacientes pluripatológicos y con múltiples factores de riesgo y, por último, el aumento en la complejidad y gravedad de los procesos que se atienden en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), derivado posiblemente de los dos primeros factores. El aumento de la edad de los pacientes atendidos en los SUH es un dato recogido en diferentes trabajos, derivado lógicamente del envejecimiento de la población al haber aumentado la expectativa de vida. Esto se acompaña irremediablemente de una mayor prevalencia de población con procesos crónicos en el contexto de una realidad que nos enfrenta al difícil

manejo de pacientes pluripatológicos, más aún cuando ven agravada su situación por procesos infecciosos intercurrentes².

Por ello, coincidimos con los autores en la importancia que debemos otorgarle al correcto y precoz manejo de las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) atendidas en los SUH, siendo la patología infecciosa que mayor mortalidad presenta, así como la que mayor gravedad implica en cuanto a ser la que desemboca con mayor frecuencia en situaciones de sepsis o shock séptico³.

Entendemos la ardua labor que supone la recogida y análisis de datos en este tipo de trabajos multicéntricos, dada la gran cantidad de variables manejadas, la idiosincrasia de cada SUH, así como la variabilidad demográfica de cada zona. Sin embargo, nos gustaría hacer algún comentario en relación a algunos resultados que se presentan, así como matizar la ausencia de algunos otros que, pensamos, podrían ser de gran interés en la categorización de las características y epidemiología de estos pacientes.

Por un lado, existe un problema endémico en los SUH en cuanto a que muchos pa-

An. Sist. Sanit. Navar. 2014; 37 (1): 139-145

Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Recepción: 24 de febrero de 2014
Aceptación provisional: 26 de febrero de 2014
Aceptación definitiva: 26 de febrero de 2014

Correspondencia:

Íñaki Santiago Aguinaga
Servicio de Urgencias
Complejo Hospitalario de Navarra
Irunlarrea, 3
31008 Pamplona
E-mail: isantiaa@navarra.es

cientes acuden a los mismos por iniciativa propia, saltándose en un alto porcentaje de casos la visita a sus médicos de familia, o bien otros pacientes que son remitidos desde la atención primaria a los SUH de forma inadecuada⁴. Pensamos que la atención previa por parte del médico de familia es una parte fundamental en la atención de este tipo de patologías, tanto como filtro previo a los SUH, así como medio de descongestión de los mismos. Por ello, creemos que sería de gran interés conocer si los pacientes que son atendidos en los SUH por NAC han sido previamente evaluados en niveles asistenciales primarios, si han sido remitidos por su médico de familia o han acudido al SUH por iniciativa propia, ya que ello marcaría también una importante característica a tener en cuenta en relación a si la NAC es una patología manejable en general a nivel ambulatorio o si debemos considerarla "hospital dependiente" sobre todo en personas de cierta edad. En el estudio se presenta algún dato que presupone la atención previa de algún paciente, como el hecho de que un 12,7% de los pacientes habían tomado un antibiótico en el mes previo a la atención. No obstante, desconocemos si la toma de antibióticos se realiza por prescripción médica o *motu proprio* y si dicha toma está en relación con el proceso neumónico o se debió a algún otro proceso infeccioso.

Por otro lado, se apunta que un 10,2% de pacientes con NAC proceden de centros donde se encuentran institucionalizados. A este respecto, diversos trabajos señalan la necesidad de encuadrar a este tipo de neumonías en un punto intermedio entre la NAC y la neumonía nosocomial⁵. Pensamos que en futuros trabajos epidemiológicos habría que intentar manejar a este tipo de pacientes como grupo independiente, diferente de la NAC clásica, evitando así posibles sesgos en el estudio de los pacientes con NAC.

En relación al alta a domicilio de la NAC, está claro que la gravedad de este tipo de proceso hace que su porcentaje sea claramente inferior al resto de patología infecciosa atendida en los SUH. No obstante, sería interesante conocer la idoneidad de

los ingresos realizados, ya que según algunos autores, el número de NAC de bajo riesgo ingresadas en los hospitales es muy elevado⁶, lo cual nos hace suponer que el porcentaje de altas a domicilio de la NAC podría incrementarse si desde los SUH fuéramos capaces de mejorar la capacidad de categorizar el riesgo de las NAC utilizando las diferentes herramientas de evaluación que tenemos a nuestro alcance⁷. De todos modos, entendemos que el alto porcentaje de pacientes con NAC mayores de 70 años (51,5%) recogidos en el estudio haga difícil el alta a domicilio dadas las habituales características de este grupo etario (enfermedades concomitantes, fragilidad, institucionalización, etc.), población con mayor posibilidad de presentar NAC grave y desarrollar sepsis⁸.

Siendo la NAC la principal causa de muerte por enfermedad infecciosa en los SUH y la principal causa de sepsis (sepsis, sepsis grave y shock séptico)³, nos congratula observar que en los SUH ha aumentado de forma substancial la capacidad de reconocimiento y diagnóstico de los casos de sepsis relacionados con la NAC, muy por encima del incremento de presentación de la NAC, así como la adecuación de las pautas antibióticas administradas según las guías clínicas de tratamiento⁹. Estamos convencidos de que ello es debido, sin duda, a la cada vez mejor formación (autoformación) y competencia de los médicos del servicio de Urgencias de los diferentes centros hospitalarios.

Entendemos que el estudio presentado es de gran utilidad para la correcta atención de la NAC en la práctica diaria de los SUH y coincidimos plenamente con los autores en la necesidad del manejo precoz de la neumonía, ya que se ha demostrado que el pronóstico es tiempo dependiente y relacionado directamente con la precocidad en la administración de un tratamiento antibiótico una vez conocido el diagnóstico, sobre todo en los casos graves¹⁰. Por ello defendemos igualmente la protocolización de la atención a la NAC en los SUH o el establecimiento de lo que los autores denominan "Código NAC".

BIBLIOGRAFÍA

1. JULIÁN-JIMÉNEZ A, GONZÁLEZ DEL CASTILLO J, MARTÍNEZ ORTÍZ DE ZÁRATE M, CANDEL GONZÁLEZ FJ, PIÑERA SALMERÓN P, MOYA MIR MS (en representación del grupo INFURG-SEMES). Características y cambios epidemiológicos de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad en los servicios de urgencias hospitalarios. *An Sist Sanit Navar* 2013; 36: 387-395.
2. MARTÍN FJ, FERNÁNDEZ C, MERINO C. El paciente geriátrico en urgencias. *An Sist Sanit Navar* 2010; 33 (Supl. 1): 163-172.
3. MARTÍNEZ M, GONZÁLEZ J, JULIÁN A, PIÑERA P, LLOPIS F, GUARDIOLA JM et al. (en representación del grupo INFURG-SEMES). Estudio INFURG-SEMES: epidemiología de las infecciones atendidas en los servicios de urgencias hospitalarios y evolución durante la última década. *Emergencias* 2013; 25: 368-378.
4. BOUZAS E, LÓPEZ C, CERRADA E, OLALLA J, MENÉNDEZ JL. Adecuación de las derivaciones desde atención primaria al servicio de urgencias hospitalario en el Área 9 de Madrid. *Emergencias* 2005; 17: 215-219.
5. RAMOS A. Neumonía comunitaria en la población geriátrica. Aspectos epidemiológicos. *Emergencias* 1999; 11: 395-397.
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: 247-254.
7. FINE MJ, AUBLE TA, YEALY DM, HANUSA BHA, WEISSFELD LA, SINGER DE et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N Engl J Med* 1997; 336: 243-250.
8. CARBAJAL-GUERRERO J, CAYUELA-DOMÍNGUEZ A, FERNÁNDEZ-GARCÍA E, ALDABO-PALLÁS T, MÁRQUEZ-VACARO JA, ORTIZ-LEYVA C et al. Epidemiología y pronóstico tardío de la sepsis en ancianos. *Med Intensiva* 2014; 38: 21-32.
9. MENÉNDEZ R, TORRES A, ASPA J, CAPELASTEGUIA, PRAT C, RODRÍGUEZ DE CASTRO F. Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). *Arch Bronconeumol* 2010; 46: 543-558.
10. GONZÁLEZ-CASTILLO J, CANDEL FJ, JULIÁN-JIMÉNEZ A. Antibióticos y el factor tiempo en la infección en urgencias. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2013; 31: 173-180.