

Respuesta de los autores a la carta:

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

A. Julián-Jiménez^{1*}, J. González del Castillo², M. Martínez Ortiz de Zárate³,
F.J. Candel González⁴ (en representación del grupo INFURG-SEMES)

Sr. Director:

Hemos leído con gran atención la carta de Aguinaga y Belzunegui¹ en relación con la "Variación de las características y epidemiología de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios". Agradecemos sus comentarios y queremos manifestar que estamos de acuerdo en la mayoría de sus acertadas apreciaciones, aunque nos gustaría resaltar algunos aspectos que, a nuestro juicio como médicos del servicio de Urgencias, nos parecen de vital importancia en relación con la atención al paciente con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en los servicios de urgencias (SU). Y que además, a juzgar no solo por nuestros estudios^{2,4}, sino también por lo referido por los últimos documentos de consenso o guías de práctica clínica (GPC) multidisciplinarios, tanto nacionales⁵ como internacionales⁶, parece que por fin se reconoce y valora tanto el importante impacto que tiene la NAC en los SU (1,35% de todos los pacientes atendidos, primera causa de mortalidad por enfermedad infecciosa, primera causa de ingreso en la unidad de cuidados intensivos de origen infeccioso desde el SU, primera causa de

sepsis grave y shock séptico en los SU, segunda causa de bacteriemia aislada procedente de los SU y primera causa de fallecimiento en el SU por proceso infeccioso)^{2,3}, como la trascendencia e importancia de las primeras decisiones, muchas empíricas, que debemos tomar los profesionales del servicio de Urgencias y que marcarán el pronóstico, evolución y morbimortalidad de los pacientes con NAC (alta o ingreso, adecuación y precocidad de la administración de la pauta antibiótica, soporte respiratorio y hemodinámico, solicitud de pruebas microbiológicas, etc.)^{2,4,5}. En este sentido coincidimos plenamente con los autores en la importancia, y necesidad, de poner en marcha el llamado "Código NAC" que en definitiva no sería más que una guía adaptada y consensuada con el resto de especialistas con el objetivo de detectar y tratar lo más precoz y adecuadamente al paciente con NAC en el SU, sobre todo en los casos más graves, cuya utilidad, eficacia y eficiencia han sido demostradas en recientes trabajos⁴. En este sentido, como apuntan los autores, tanto la precocidad como la adecuación de la pauta antimicrobiana se han mostrado como dos de los factores más relacionados con la mortalidad tanto intrahospitalaria como a los 30

* Autor para la correspondencia

1. Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo. España.
2. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. España.

3. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. España.

4. Servicio de Microbiología Clínica. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. España.

días en los pacientes con NAC. Aunque en la actualidad es un aspecto controvertido y las últimas guías recomiendan que la administración precoz se optimice en los pacientes graves y en aquellos donde ya se haya confirmado el diagnóstico de NAC en el SU^{5,6}, en un reciente estudio se ha confirmado cómo la mortalidad disminuye con la precocidad de la administración del antimicrobiano una vez establecido el diagnóstico de NAC (mortalidad intrahospitalaria 21,3% frente a 7,5%, $p < 0,001$ y mortalidad a los 30 días 15% frente a 7,9%, $p = 0,003$) y con la adecuación de la pauta antimicrobiana (mortalidad intrahospitalaria 34,5% frente a 5,9%, $p < 0,001$ y mortalidad a los 30 días 34,5% frente a 5,9%, $p < 0,001$) gracias al seguimiento de una GPC⁴. Pero como también señalan Aguinaga y Belzunegui¹ no solo el mejorar la atención de la NAC a través de la puesta en marcha de una GPC es posible, sino que debe ser un objetivo prioritario de todos los SU^{4,6}. Con este objetivo desde INFURG-SEMES (Grupo de trabajo de infecciones de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias) hemos promovido la elaboración de GPC multidisciplinares orientadas a los SU que se puedan adaptar a cada centro y que incluyen herramientas de ayuda que han demostrado su utilidad a la hora de la valoración pronóstica y de la toma de decisiones⁴. En este sentido la incorporación de una escala pronóstica de gravedad (Pneumonia Severity Index-PSI modificado) junto con la valoración de la concentración de procalcitonina (y otros biomarcadores de inflamación e infección)⁴ y el lactato han demostrado recientemente su utilidad y capacidad para predecir mortalidad, gravedad, existencia de bacteriemia asociada a la NAC e incluso orientación diagnóstica, de forma que ayudan a mejorar la adecuación de la decisión de alta o ingreso (disminuyen las altas impropiedades y los ingresos innecesarios) y la administración precoz y adecuada de la pauta antimicrobiana⁷⁻⁹. Y todo ello, como también señalan los autores, en el contexto de pacientes con mayor dificultad diagnóstica al presentar mayor edad, mayor frecuencia de comorbilidades asociadas y

de factores de riesgo para presentar patógenos multirresistentes e inmunodeprimidos con menor respuesta inflamatoria en los que el diagnóstico de NAC y de sepsis se retrasa^{2,3,10}. Precisamente, como se preguntan los autores, la adecuación de las altas e ingresos no han sido analizadas en nuestro estudio, aunque existen trabajos recientes que confirman que en el 35% de los pacientes la decisión de alta o ingreso no se corresponde con su valoración pronóstica y este porcentaje se reduce de forma significativa, y por tanto se mejora la eficacia y eficiencia, al 2,5% al utilizar una GPC que incluye el PSI modificado y la determinación de procalcitonina y lactato^{4,9}. Por otro lado es cierto que algunas de las características epidemiológicas y algunos datos no se han incorporado por las limitaciones de espacio en nuestro estudio, al contrario de lo que sí han hecho otros estudios unicéntricos⁴. Por ejemplo, no se ha cuantificado con qué frecuencia el paciente acude por iniciativa propia o es derivado por su médico de atención primaria, y por lo tanto no se ha podido analizar la adecuación de la derivación (como tampoco se ha estudiado la de la pauta prescrita). Aunque estamos de acuerdo en que éste es un factor muy importante para conocer las características epidemiológicas de los pacientes con NAC que atendemos en los SU. Por ello, en la actualidad, lo estamos analizando en otro estudio que está en proceso. Por otro lado es cierto que la neumonía relacionada con cuidados socio-sanitarios se ha convertido en los últimos años en una "entidad propia y diferenciada" en las recomendaciones de los expertos, sin embargo y tal como se decidió en la "guía multidisciplinar para la valoración pronóstica, diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad"⁵, donde participó INFURG-SEMES, se decidió clasificar los grupos de pacientes con NAC más que por su procedencia (institucionalizados el 10,2%)² por la existencia de factores de riesgo de posibles patógenos multirresistentes (que presentarían el 17,8%)² y que sería el factor clave para decidir una atención y tratamiento diferente⁵. Finalmente, y al hilo de lo comentado

por los autores, resulta fundamental seguir aunando esfuerzos para mejorar la atención de los pacientes con NAC en los SU a través de GPC adaptables a las distintas características de cada SU, pero sin renunciar a las herramientas de ayuda que estén disponibles para la valoración pronóstica y la toma de decisiones diagnóstico-terapéuticas. La evolución y el pronóstico de nuestros pacientes están en juego, lo que no pude ser cuestionable.

BIBLIOGRAFÍA

1. SANTIAGO AGUINAGA I, BELZUNEGUI OTANO T. Variación de las características y epidemiología de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios. *An Sist Sanit Navar* 2014; 37
2. JULIÁN-JIMÉNEZ A, GONZÁLEZ DEL CASTILLO J, MARTÍNEZ ORTIZ 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.
3. MARTÍNEZ ORTIZ DE ZÁRATE M, GONZÁLEZ DEL CASTILLO J, JULIÁN-JIMÉNEZ A, PIÑERA SALMERÓN P, LLOPIS ROCA F, GUARDIOLA TEY JM et al. Estudio INFURG-SEMES: epidemiología de las infecciones en los servicios de urgencias hospitalarios y evolución durante la última década. *Emergencias* 2013; 25: 368-378.
4. JULIÁN-JIMÉNEZ A, PAREJO R, CUENA-BOY R, PALOMO MJ, LAÍN-TERÉS N, LOZANO-ANCÍN A. Intervenciones para mejorar el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad desde el servicio de urgencias. *Emergencias* 2013; 25: 379-392.
5. TORRES A, BARBERÁN J, FALGERA M, MENÉNDEZ R, MOLINA J, OLAECHEA P et al. Guía multidisciplinaria para la valoración pronóstica, diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. *Med Clin (Barc)* 2013; 140: 223.e1-223.e19.
6. WUNDERINK RG, WATERER GW. Community-Acquired Pneumonia. *N Engl J Med* 2014; 370: 543-551.
7. JULIÁN-JIMÉNEZ A. Biomarcadores de infección en urgencias: ¿cuáles pueden ser útiles? *Emergencias* 2012; 24: 343-345.
8. TUDELA P, PRAT C, LACOMA A, MÓDOL JM, DOMÍNGUEZ J, GIMÉNEZ M et al. Biomarcadores para la predicción en urgencias de infección bacteriana, bacteriemia y gravedad. *Emergencias* 2012; 24: 348-356.
9. JULIÁN-JIMÉNEZ A, TIMÓN J, LASERNA EJ, SICILIA-BRAVO I, PALOMO MJ, CABEZAS-MARTÍNEZ A et al. Poder diagnóstico y pronóstico de los biomarcadores para mejorar el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en los servicios de urgencias. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.04.015>.
10. PERELLÓ R, MIRÓ O, CAMÓN S, SÁNCHEZ M, MIRÓ JM, MARCOS MA et al. Aproximación al valor pronóstico de diferentes marcadores identificables en urgencias en pacientes VIH con neumonía: Valor de la PCR. *Emergencias* 2013; 25: 268-272.

