

65 años, pero lejos de las estimaciones de anteriores guías (1,6-2/1.000/hab/a) y de la gran variabilidad en función de los distintos estudios⁴. Al no ser una enfermedad de declaración obligatoria, no es bien conocida con exactitud y la mayoría de los estudios sobre epidemiología, como señalan acertadamente Irizar Aramburu et al., han sido elaborados por especialistas hospitalarios que no han contado, o no han podido hacerlo, con los casos de AP ni los SU. En nuestro caso, hemos comprobado durante 5 años una incidencia media de 5,23 casos/1.000 hab/a (intervalo de confianza del 95%: 5,20-5,40), más en la línea de los 8,3 casos/1.000 hab/a encontrados por Irizar Aramburu et al.¹. Pero, además, cuando se compara con los datos de la última década, la prevalencia de la NAC en los SU está aumentado en relación con el resto de procesos infecciosos y en número de casos absolutos, al igual que la gravedad de su presentación clínica, de manera que la NAC representa la primera causa de sepsis, sepsis grave, shock séptico, de ingreso y de mortalidad por enfermedad infecciosa en España en adultos^{4,5}. Y en los mayores de 65-75 años la incidencia aumenta exponencialmente⁴⁻⁶. Todo ello nos recuerda el impacto de la NAC en la Salud Pública y la importancia de conocer mejor todos estos datos. En relación con la tasa de ingresos, nos llama mucho la atención que solo el 28,5% (considerando la proporción de mayores de 65 años que muestran los autores) finalmente necesitaran tratamiento hospitalario. En nuestra experiencia, es significativamente mayor (42%-51%)^{2,3} y en concordancia con lo expresado en la guía multidisciplinar del 2013 (40%)⁴ y un reciente estudio multicéntrico en 49 centros de distintas comunidades autónomas (n = 1.080 NAC, con 58% ingresos)⁵. De la misma forma, nos sorprende la muy baja tasa de mortalidad (2,7%) y que esta solo se relacione con la edad y no con la comorbilidad que presentan los pacientes (insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, neoplasias, insuficiencia renal o hepática). En nuestra experiencia^{2,3}, la mortalidad a los 30 días supone del 5,5 al 15%, que coincide con lo expresado por otros autores de los estudios antes mencionados (10%)^{4,5}. Y el 69,9% de los pacientes valorados en el SU tienen alguna comorbilidad⁵, mostrándose estas relacionadas con la decisión de ingresar al paciente (p < 0,05) y la mortalidad^{2,3}. Por todo ello, pensamos que las características sociodemográficas de la población, así como las posibilidades de cada sistema de salud, son determinantes en la distinta atención y resultados que se presta a los pacientes. Y así las conclusiones y los resultados de los autores parecen específicos de su Área de Salud, sin poder aplicar una validez externa, teniendo además en cuenta que, desde el punto de vista metodológico, al incluir 2 poblaciones distintas (diagnosticados en

la consulta de AP y en otros ámbitos como urgencias de AP, SU, altas tras ingreso por NAC), se introduce un sesgo de inclusión que hay que tener en cuenta al valorar los resultados. Por ello, estamos de acuerdo con los autores que la incidencia de la NAC está infraestimada, pero no lo está, al contrario, tanto la tasa de ingresos como la mortalidad, al menos en la actualidad.

Bibliografía

1. Irizar Aramburu MI, Arrondo Beguristain MA, Insausti Carretero MJ, Mujica Campos J, Etxabarri Pérez P, Ganza-rain Gorosabel R. Epidemiología de la neumonía adquirida en la comunidad. *Aten Primaria*. 2013;45:503-13.
2. Julián-Jiménez A, Parejo Miguez R, Cuenca Boy R, Palomo de los Reyes 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;25:379-92.
3. Julián-Jiménez A, Palomo de los Reyes MJ, Parejo Miguez R, Laín-Terés N, Cuenca-Boy R, Lozano-Ancín A. Mejora del manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en el servicio de urgencias. *Arch Bronconeumol*. 2013;49:230-40.
4. Torres A, Barberán J, Falguera M, Menéndez R, Molina J, Olaechea P, et al. Guía multidisciplinar para la valoración pronóstica, diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. *Med Clin (Barc)*. 2013;140, 223.e1-223.e19.
5. Martínez Ortiz de Zárate M, González del Castillo J, Julián-Jiménez A, Piñera Salmerón P, Llopis Roca F, Guardiola Tey JM, en representación del grupo INFURG-SEMES. Estudio INFURG-SEMES: Epidemiología de las Infecciones en los Servicios de Urgencias Hospitalarios y evolución en la última década. *Emergencias*. 2013;25:368-78.
6. Ochoa Gindar O, Vila Córcoles A, Rodríguez Blanco T, de Diego Cabanes C, Salsench Serrano E, Hospital Guardiola I. Utilidad de la escala de severidad modificada CRB75 en el manejo del paciente anciano con neumonía adquirida en la comunidad. *Aten Primaria*. 2013;45:208-15.

Agustín Julián-Jiménez^{a,*}, Raquel Parejo-Miguez^b,
Natividad Laín-Terés^a y María José Palomo de los Reyes^a

^a *Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España*

^b *Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Madridejos, Madridejos, Toledo, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: agustinj@sescam.jccm.es

(A. Julián-Jiménez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.09.007>

Respuesta de los autores



Author's reply

Sr. Director:

Agradecemos el interés que muestran los autores de la presente carta al director sobre nuestro trabajo¹ y las consideraciones al respecto.

Nos congratulamos de que otros estudios como el de los autores de la carta² vayan en línea con el nuestro respecto a la incidencia de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) encontrando también una incidencia superior a la de estudios previos probablemente debido a que, aunque el ámbito del estudio es un servicio de urgencias (SU) hospitalario, además recogieron datos de neumonías tratadas en

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.09.007>

Atención Primaria (AP), siendo este aspecto determinante en nuestra opinión en la infraestimación de la incidencia de las NAC, ya que estos pacientes (en nuestra serie el 42,3% del total) no han sido incluidos en la mayoría de los estudios realizados.

En cuanto a la tasa de ingresos por NAC, el 28,5% en nuestra serie, es parecida a las descritas en la guía multidisciplinar del 2013³ que referencian los autores de la carta, el 32% en un estudio nacional y el 17% en uno del Reino Unido. Sin embargo, difieren de los de su estudio² entre el 36,5 y 43% de ingresos en función de los grupos. Pensamos que la diferencia está en el lugar de realización del estudio, recogiendo en su caso ingresos de pacientes procedentes del SU, con mayor frecuencia de criterios de gravedad que la globalidad de los pacientes con NAC, como es nuestro caso, en el que también ingresaron el 37% de los procedentes de los SU hospitalarios frente al 15,5% de los diagnosticados en AP.

La tasa de mortalidad por NAC obtenida por nosotros (2,7%), es cercana a las encontradas en otros estudios, como el 3% de un estudio del Reino Unido⁴ o el 4% de otro que incluye también diagnósticos extrahospitalarios⁵. En su estudio², la mortalidad de los pacientes con NAC atendidos en el SU varió entre el 5,5 y 15%. Igualmente pensamos que las diferencias en la mortalidad se justifican por las características de los pacientes que acuden a los SU, con mayor prevalencia de factores de riesgo de ingreso y de mortalidad. También en nuestra serie, la mortalidad de los pacientes que acudieron al hospital fue del 3,7 frente al 1,2% de los seguidos en AP, concordando nuevamente con lo expresado en la guía de 2013³ que apunta que la mortalidad de los pacientes atendidos en AP es baja, inferior al 1%.

Respecto a los factores asociados a la mortalidad en nuestra serie, aunque los pacientes con insuficiencia cardíaca, EPOC, enfermedad renal crónica y cardiopatía isquémica tuvieron mayor mortalidad, en el análisis multivariante ninguno de ellos resultó estadísticamente significativo, siendo la edad la única variable asociada a la mortalidad. Coincidimos también en este punto con la citada guía³ en identificar a la edad como el factor de riesgo más significativo de mortalidad. Sin embargo, tal como expresamos en el artículo, estamos de acuerdo en que no

podemos descartar que con una muestra mayor alguno de estos factores pudieran relacionarse con la mortalidad.

El estudio publicado por los autores de la carta² no tenía como objetivo principal conocer las tasas de ingresos y mortalidad por NAC como era nuestro caso. Pensamos que la diferencia en ingresos y mortalidad es que estos datos corresponden a pacientes atendidos en el SU, no extrapolables a la totalidad de los pacientes con NAC. Por tanto, coincidimos en afirmar que la incidencia de la NAC está infraestimada, pero pensamos también que las tasas de ingresos y mortalidad están sobreestimadas en la mayoría de los estudios a causa de la dificultad de incluir en los estudios la totalidad de las neumonías diagnosticadas en la comunidad.

Bibliografía

- [1] Irizar Aramburu MI, Arrondo Beguristain MA, Insausti Carretero MJ, Mujica Campos J, Etxebarri Pérez P, Ganzarain Gorosabel R. Epidemiología de la neumonía adquirida en la comunidad. *Aten Primaria*. 2013;45:503-13.
- [2] Julián-Jiménez A, Parejo Miguez R, Cuenca Boy R, Palomo de los Reyes MJ, Lain Terés N, Lozano Ancin A. Intervenciones para mejorar el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad desde el servicio de urgencias. *Emergencias*. 2013;25:379-92.
- [3] Julián-Jiménez A, Palomo de los Reyes MJ, Parejo Miguez R, Lain Terés N, Cuenca-Boy R, Lozano-Ancin A. Mejora del manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en el servicio de urgencias. *Arch Bronconeumol*. 2013;49:230-40.
- [4] Woodhead MA, Macfarlane JT, McCracken JS, Rose DH, Finch RG. Prospective study of the aetiology and outcome of pneumonia in the community. *Lancet*. 1987;1:671-4.
- [5] Jokinen C, Heiskanen L, Juvonen H, Kallinen S, Karkola K, Korppi M, et al. Incidence of community-acquired pneumonia in the population of four municipalities in eastern Finland. *Am J Epidemiol*. 1993;137:977-88.

Maria Isabel Irizar Aramburu

Atención Primaria, Osakidetza, Centro de Salud de Idiazabal, Guipúzcoa, España

Correo electrónico: mariaisabelirizar@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.004>