

rio OARS (*Older Americans Resources and Services*) para evaluar la dependencia tanto en actividades básicas (ABVD) como actividades instrumentales (AIVD) de la vida diaria<sup>5</sup>. Empleando el índice de Charlson ajustado a edad, el 83,3% de nuestros pacientes presentaba una predicción de mortalidad/año del 85%, frente a un 57,7% de tasa mortalidad real en el seguimiento a 18 meses de nuestra cohorte. Así mismo, también nos sorprendió la potencia de la dependencia en cuanto a predicción de mortalidad, que el grado de dependencia fue mayor en el subgrupo de predicción de mortalidad/año del 85% tanto en ABVD ( $6,6 \pm 5$  vs.  $4,1 \pm 4$ ;  $p = 0,001$ ) como en AIVD ( $9,7 \pm 4,6$  vs.  $6,7 \pm 4,8$ ;  $p < 0,001$ ).

Múltiples factores condicionan la mortalidad global de nuestros pacientes. La dependencia es un factor que puede predecir la mortalidad de forma más fiable que otros índices clásicos como en índice de Charlson. Tal y como hemos expresado anteriormente, este índice sobreestima el riesgo de mortalidad al año y resulta ineficaz, mientras que la valoración de la dependencia aporta más peso en la predicción de la mortalidad a corto plazo. En un contexto sanitario de aumento progresivo de la demanda, es necesario tener mejores herramientas para predecir la mortalidad y utilizar racionalmente los recursos en función del beneficio que podemos proporcionar a nuestros pacientes.

### Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Respuesta a *La importancia de la dependencia en la valoración global del paciente hospitalizado*



### Reply to “*The Importance of Dependence in Global Assessment of Hospitalized Patient*”

Estimado Director:

Hemos leído con atención la carta recibida sobre nuestro artículo *La importancia de la dependencia en la valoración global del paciente hospitalizado*<sup>1,2</sup>. Agradecemos a los autores sus comentarios sobre nuestra investigación y coincidimos con ellos en el mensaje principal de su carta, ya que no hace más que reforzar la importancia de la dependencia para la realización de actividades (tanto esenciales como elaboradas) para la predicción de mortalidad en pacientes con enfermedades crónicas. Hemos observado que, de forma independiente o accesoria a otras muchas variables clínicas, demográficas o funcionales, que son las que habitualmente se incluyen en los *scores* utilizados en la práctica clínica, las variables relacionadas con la dependencia mejoran dichos *scores* y aportan información pronóstica<sup>1–3</sup>.

Sobre su escrito nos gustaría hacer un par de comentarios. En primer lugar, Briongos-Figuero et al.<sup>1</sup> comentan nuestra sorpresa en relación con que la dependencia para la realización de actividades fuera un factor independiente de mortalidad, con una capacidad superior a otras variables clínicas de pacientes que habían ingresado por una agudización de la EPOC. Pero lo que nosotros decíamos en la introducción del artículo era que lo que nos sorprendía era la escasa evidencia que existe en este campo en la EPOC, al contrario que en otras enfermedades crónicas, ya que los resultados de nuestro estudio no fueron ni mucho menos una sorpresa. En la propia

### Bibliografía

1. Fernández-García S, Represas-Represas C, Ruano-Raviña A, Botana-Rial M, Martínez-Reglero C, Fernández Villar A. La dependencia para actividades como factor predictor de mortalidad tras una hospitalización por una agudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol*. 2020;56:291–7.
2. Martín Lesende I. Escalas y pruebas de valoración funcional y cognitiva en el Mayr. *AMF*. 2013;9:508–14.
3. Tang VL, Jing B, Boscardin J, Ngo S, Silvestrini M, Finlayson E, et al. Association of Functional, Cognitive, and Psychological Measures With 1-Year Mortality in Patients Undergoing Major Surgery. *JAMA Surg*. 2020;155:412–8. <http://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2020.0091>.
4. Wei MY, Kabeto MU, Galecki AT, Langa KM. Physical Functioning Decline and Mortality in Older Adults With Multimorbidity: Joint Modeling of Longitudinal and Survival Data. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2019;74:226–32. doi:10.1093/geron/gly038.
5. Briongos-Figuero LS, Cobos-Siles M, Gabella-Martín M, Abadía-Otero J, Lobo-Valentín R, Aguado de la Fuente A, et al. Evaluation and characterization of multimorbidity profiles, resource consumption and healthcare needs in extremely elderly people. *Int J Qual Health Care*. 2020;32:266–70. doi:10.1093/intqhc/mzaa022.

Laisa Socorro Briongos-Figuero\*, Marta Cobos Siles, Miriam Gabella Martín, Jesica Abadía Otero y Juan Carlos Martín Escudero

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [laisadoc@hotmail.com](mailto:laisadoc@hotmail.com) (L.S. Briongos-Figuero).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2020.07.016>

0300-2896/ © 2020 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

cohorte SocioEPOC, en la que realizamos el estudio de mortalidad, la dependencia para las actividades básicas determinada por índices no específicos de EPOC, como es el de Barthel, no solo influye en este evento, sino que también es una de las variables que mejor predice reingresos a corto y a largo plazo por cualquier causa tras una agudización grave de la EPOC<sup>4</sup>, siendo además una de las hipótesis alternativas del proyecto de investigación inicial. Lo que sí nos sigue sorprendiendo es que no se haga más énfasis en este campo en las guías de práctica clínica sobre la EPOC.

En segundo lugar los autores hacen referencia a un interesante estudio publicado por ellos recientemente, e inciden en el valor limitado de las comorbilidades (determinadas por el índice de Charlson) cuando se ajustan por la discapacidad en la predicción de mortalidad<sup>3</sup>, resultado no coincidente con los descritos en nuestro trabajo. En todos los modelos predictivos explorados en la Cohorte SocioEPOC el número de comorbilidades medidas por este índice sí tuvieron capacidad predictiva, aunque con una menor potencia que la dependencia, tanto para las actividades básicas como para las instrumentales<sup>2</sup>. Sin embargo, queremos destacar que ambos estudios no son comparables en absoluto, al ser pacientes con una media de edad superior con casi 20 años de diferencia, con muchas más comorbilidades y sobre todo que en su serie los pacientes etiquetados como «enfermedad crónica respiratoria» no llegan al 20%<sup>3</sup>. En una amplia población con EPOC<sup>5</sup> con elevada pluripatología y edad más cercana a la incluida en el estudio de Briongos-Figuero et al.<sup>3</sup>, seguida por un grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna, los 2 factores predictores de mortalidad con mayor peso fueron la comorbilidad y la discapacidad.

Por tanto, también creemos que es importante seguir investigando en esta línea, que parece que no es exclusiva de pacientes ancianos pluripatológicos, ya que afecta también en gran medida a

sujetos más jóvenes con enfermedades específicas predominantes, como es en este caso la EPOC.

## Agradecimientos

Este estudio ha sido financiado mediante fondos obtenidos de las ayudas SEPAR 456/2017, FIS-ISCIII P118/01317 (FEDER) y la una colaboración no condicionada de la empresa Menarini.

## Bibliografía

1. Briongos-Figueroa LS, Cobos Siles M, Gabella Martín M, Abadía Otero J, Martín Escudero JC. La importancia de la dependencia en la valoración global del paciente hospitalizado. Arch Bronconeumol. 2020;56:833–4.
2. Fernández-García S, Represas-Represas C, Ruano-Raviña A, Botana-Rial M, Martínez-Reglero C, Fernández Villar A. Dependence in performing activities as a predictor of mortality following hospitalization for chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. Arch Bronconeumol. 2020;56:291–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2019.10.005>.
3. Briongos-Figueroa LS, Cobos-Siles M, Gabella-Martín M, Abadía-Otero J, Lobo-Valentín R, Aguado-de-la-Fuente A, et al. Evaluation and characterization of multimorbidity profiles, resource consumption and healthcare needs in extremely elderly people. Int J Qual Health Care. 2020;32:266–70. <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzaa022>.
4. Fernández-García S, Represas-Represas C, Ruano-Raviña A, Mouronte-Roibás C, Botana-Rial M, Ramos-Hernández C, et al. Social and clinical predictors of short- and long-term readmission after a severe exacerbation of COPD. PLoS One. 2020;15:e0229257. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0229257>.

5. Díez Manglano J, Bernabeu-Wittel M, Escalera-Zalvide A, Sánchez-Ledesma M, Mora-Rufete A, Nieto-Martín D, et al. Comorbilidad, discapacidad y mortalidad en pacientes pluripatológicos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica [Comorbidity, disability and mortality in patients with multiple conditions and chronic obstructive pulmonary disease]. Rev Clin Esp. 2011;211:504–10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2011.04.006>.

Sara Fernández-García<sup>a</sup>, Cristina Represas-Represas<sup>a</sup>, Alberto Ruano-Raviña<sup>b</sup> y Alberto Fernández Villar<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Grupo NeumoVigo I+i, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IISGS), Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España  
<sup>b</sup> Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela, Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Santiago de Compostela, España

\* Autor para correspondencia.  
 Correo electrónico: [alberto.fernandez.villar@sergas.es](mailto:alberto.fernandez.villar@sergas.es)  
 (A. Fernández Villar).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2020.08.006>  
 0300-2896/ © 2020 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Pautas cortas de antibioterapia en neumonías adquiridas en la comunidad en niños



### Short-course Antibiotic Regimens in Community-Acquired Pneumonia in Children

Estimado Director:

Hemos leído con interés el documento de consenso sobre la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en niños, recientemente publicado<sup>1</sup>. Agradecemos a los autores el esfuerzo por establecer unas recomendaciones para una enfermedad tan prevalente en la edad pediátrica y que supone un impacto muy importante en la utilización de antibióticos. Sin embargo, en relación con la duración del tratamiento antibiótico, consideramos que, dada la evidencia científica actual, se podría valorar reducir la duración del mismo en las neumonías no complicadas.

El uso de terapias antimicrobianas más cortas, no solo reduce los costes y mejora la adherencia al tratamiento, sino que disminuye el riesgo de adquisición de bacterias con resistencias a antibióticos, un problema preocupante y creciente en la actualidad.

Existen varios estudios en la población adulta que demuestran una efectividad similar entre pautas cortas frente a largas de antibioterapia en la NAC. Por ejemplo, el ensayo clínico de Uranga et al.<sup>2</sup> objetivó que una pauta de antibiótico basada en la suspensión de este 48 h después de haber logrado la estabilidad clínica, con una duración mínima de 5 días, no fue inferior que una terapia completa de 10 días.

En cuanto a la población pediátrica, existen varios estudios sobre tratamiento de la NAC realizados en pacientes a partir de 6 meses de edad con duraciones cortas de antibioterapia. El estudio de Same et al.<sup>3</sup> comparó de manera retrospectiva la tasa de fracaso terapéutico en las NAC no complicadas en pacientes que habían recibido una pauta antibiótica corta de 5 a 7 días (con una mediana de 6 días) frente a una pauta larga de 8 a 14 días, sin objetivarse diferencias en el fracaso del tratamiento a los 30 días del inicio de la terapia.

En esta línea, el ensayo clínico de Greenberg et al.<sup>4</sup>, realizado en pacientes con NAC de probable etiología bacteriana con edades

comprendidas entre los 6 meses y los 5 años de edad, demostró la no inferioridad de una pauta de 5 días de amoxicilina oral frente a una pauta de 10 días en relación a la tasa de fracaso del tratamiento a los 30 días. Sin embargo, una pauta de 3 días de antibioterapia sí incrementó el riesgo de fracaso del tratamiento.

Recientemente ha finalizado el reclutamiento de pacientes por parte del ensayo clínico SCOUT-CAP (ClinicalTrials.gov: NCT02891915)<sup>5</sup> sobre pautas cortas de antibioterapia en la NAC en niños. Se trata de un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado, de fase IV realizado en EE. UU. que ha incluido pacientes de 6 a 71 meses de edad, con el objetivo de comparar la eficacia de una pauta de 5 días con beta-lactámicos frente a 10 días, y que seguro ayudará a determinar la mejor duración de la antibioterapia en estos pacientes.

Esta creciente evidencia científica ha condicionado que las últimas actualizaciones de diferentes guías de práctica clínica, tanto de adultos como de niños, sugieran pautas de antibioterapia con una duración inferior a 7 días para el tratamiento de la NAC. Entre ellas, destaca la guía británica NICE<sup>6</sup>, que recomienda una pauta de 5 días con amoxicilina, tanto en adultos como en la población pediátrica. Por todo ello, pensamos que podría ser más adecuado a la evidencia la recomendación de pautas de tratamiento inferiores a 7 días en las NAC no complicadas.

## Financiación

Este artículo ha sido parcialmente financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), a través del Contrato Río Hortega de DAA (CM18/00100).

## Bibliografía

1. Andrés-Martín A, Escribano Montaner A, Figuerola Mulet J, García García ML, Muruae JK, Moreno-Pérez D, et al. Documento de consenso sobre la neumonía adquirida en la comunidad en los niños. SENP-SEPAR-SEIP. Arch Bronconeumol. 2020;56:725–41.