

Mortalidad y neumonía adquirida en la comunidad en el paciente anciano



Mortality in elderly patients with community-acquired pneumonia

Sr. Director:

Hemos leído con atención el interesante estudio de Martín-Salvador et al.¹, recientemente publicado en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA, que analiza el deterioro psicofísico y funcional según la edad del paciente que ingresa por neumonía. Los autores muestran el impacto del episodio para la calidad de vida, capacidad y reserva funcional, y el estado psicofísico del paciente. Últimamente, se han publicado numerosos estudios sobre neumonías en el paciente anciano, que evalúan los factores pronósticos y la mortalidad a corto-medio plazo (30 días-un año)^{2,3}. En ellos se muestra que la incidencia llega a 15-35 casos/1.000 hab/año, y que esta ha aumentado en los últimos 10 años, así como su tasa de ingresos y mortalidad, muy superiores respecto a los pacientes con menos de 75 años^{2,3}. También, que los pacientes que ingresan por neumonía frente a otros motivos presentan mayor mortalidad al año siguiente

(lo que se relaciona con la respuesta inflamatoria y el deterioro de la capacidad física-funcional que deja la neumonía, de forma más importante en el paciente anciano que tiene menor reserva funcional y capacidad para recuperar su estado basal)^{1,2}. La neumonía en el anciano representa un reto para los servicios de urgencias (SU), ya que la mortalidad en el propio SU es casi la misma que en los ingresados en hospitalización⁴ y es, junto con la infección urinaria, la causa más frecuente de ingreso, sepsis, sepsis grave y shock séptico y de mortalidad en el paciente anciano atendido en el SU^{2,3}. Aunque se ha publicado el impacto en la calidad de vida, funcional y psicofísica que sufre el paciente anciano tras un episodio de neumonía, pocas veces se ha estudiado si influye en su evolución y en la mortalidad de estos pacientes tras un periodo largo de tiempo. Se ha estimado que casi la mitad de los ancianos, a los 5 años de sufrir un episodio de neumonía, habrían fallecido². Pero, si este hecho se confirma, surgen distintas preguntas: ¿cuáles son las causas del fallecimiento? ¿Influiría la comorbilidad basal junto a la edad? ¿Cómo influye en la esperanza de vida del anciano el padecer un episodio de neumonía? ¿Cuáles son los factores predictores de mortalidad a largo plazo?

Para analizar la evolución y la mortalidad a los 5 años en los pacientes ancianos que sufren un episodio de neumonía, hemos

Tabla 1
características y evolución a los 5 años de los pacientes atendidos en el SU con NAC

Características de los pacientes n = 400	Pacientes < 75 años n = 286	Pacientes ≥ 75 años n = 114	Valor de p
Edad media en años ± DE; (rango)	46,69 ± 15,63 (18-74)	84,33 ± 6,65 (75-99)	< 0,001
Sexo varón; n (%)	172 (60%)	68 (59,6%)	0,928
Procedencia de residencia; n (%)	3 (1%)	36 (31,6%)	< 0,001
Índice de Charlson ± DE	0,93 ± 1,14	3,23 ± 1,43	< 0,001
EPOC; n (%)	34 (11,9%)	34 (29,8%)	< 0,001
Asma; n (%)	23 (8%)	4 (3,5%)	0,078
EPID; n (%)	7 (2,4%)	7 (6,1%)	0,074
Clínicas y de gravedad			
Confusión-alteración de consciencia; n (%)	22 (7,7%)	28 (25,2%)	< 0,001
Criterios de sepsis; n (%)	204 (71,3%)	63 (55,3%)	0,002
Criterios de sepsis grave; n (%)	57 (19,9%)	15 (13,2%)	0,072
Criterios de shock séptico; n (%)	18 (6,3%)	1 (0,9%)	0,02
Alta desde el SU; n (%)	149 (52,09%)	13 (11,4%)	< 0,001
Ingreso planta-UCI/UCI; n (%)	137 (47,9%)	98 (86,5%)	< 0,001
Número días estancia ± DE; n (%)	7,43 ± 4,99	9,2 ± 4,25	0,004
Consecución de diagnóstico microbiológico; n (%)	93 (32,5%)	12 (11,5%)	0,02
<i>Streptococcus pneumoniae</i> ; n (%)	55 (59%)	4 (33%)	0,08
Valoración pronóstica por PSI			
Valor PSI puntos ± DE	82,69 ± 43,32	132,94 ± 43,74	< 0,001
Distribución por grupos de PSI; n (%)			
PSI I	74 (25,9%)	0 (0%)	NS
PSI II	65 (22,7%)	1 (0,9%)	NS
PSI III	50 (17,5%)	17 (14,9%)	NS
PSI IV	51 (17,8%)	44 (38,6%)	0,003
PSI V	46 (16,1%)	52 (45,6%)	0,001
Evolución de la mortalidad			
Mortalidad en el SU; n (%)	0 (0%)	3 (2,6%)	NS
Mortalidad intrahospitalaria; n (%)	13 (11,6%)	14 (14,9%)	0,312
Mortalidad en la UCI; n (%)	10 (34,5%)	1 (14,3%)	0,291
Mortalidad en dados de alta tras la primera visita al SU; n (%)	0 (0%)	1 (7,7%)	NS
Mortalidad global a los 30 días; n (%)	25 (8,7%)	22 (19,3%)	0,003
		OR: 2,49 (IC 95%: 1,34-4,64)	
Mortalidad global al año; n (%)	31 (10,8%)	33 (28,9%)	< 0,001
		OR: 3,35 (IC 95%: 1,93-5,81)	
Mortalidad global a los 5 años; n (%)	41 (14,3%)	48 (42,1%)	< 0,001
		OR: 4,34 (IC 95%: 2,64-7,14)	

DE: desviación estándar; Enf: enfermedad; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IC: índice de confianza; NAC: neumonía adquirida en la comunidad; NS: no significativo o sin muestra suficiente; OR: odds ratio; PSI: Pneumonia Severity Index; SU: servicio de urgencias; UCE: unidad de corta estancia; UCI: unidad de cuidados intensivos.

utilizado la base de datos de un estudio realizado sobre 400 pacientes atendidos en nuestro SU desde el 01/01/2008 hasta el 01/08/2009, donde se compararon 2 grupos (286 con <75 años frente a 114 pacientes con ≥ 75 años)⁵. Algunos de los resultados se muestran en la **tabla 1**. Estos confirman que más del 40% de los ancianos que sufren un episodio de neumonía han fallecido a los 5 años frente al 14,3% en los <75 años (OR: 4,34; [IC 95%: 2,64-7,14]; $p < 0,001$). Nuestros resultados confirman que la mortalidad a los 5 años de estos pacientes es muy relevante, aunque no se puede establecer que esta sea una consecuencia final del episodio neumonía. Creemos que el deterioro psicofísico y funcional que produce la neumonía en el anciano¹, tanto a corto como largo plazo, junto con la mayor edad y comorbilidad, reflejada en el índice de Charlson, y en particular en la mayor tasa de pacientes con EPOC, son los factores que contribuyen conjuntamente a que casi la mitad de los ancianos que sufren una neumonía hayan fallecido a los 5 años.

Bibliografía

- Martín-Salvador A, Torres-Sánchez I, Sáez-Roca G, López-Torres I, Rodríguez-Alzueta E, Valenza MC. Estudio del deterioro psicofísico y funcional en pacientes ingresados con neumonía. Análisis por grupos de edad. Arch Bronconeumol. 2015;51:496-501.
- González-Castillo J, Martín-Sánchez FJ, Llinares P, Menéndez R, Mujal A, Navas E, et al. Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in the elderly patient. Rev Esp Quimioter. 2014;27:69-86.
- Julián-Jiménez A, González del Castillo J, Martínez Ortiz de Zárate M, Candel González FJ, Piñera Salmerón P, Moya Mir MS. Características y cambios epidemiológicos de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad en los servicios de urgencias hospitalarios. An Sist Sanit Navar. 2013;36:387-95.
- Ruiz-Ramos M, García-León FJ, López-Campos JL. Características demográficas de la mortalidad en los servicios de urgencias hospitalarios de Andalucía. Emergencias. 2014;26:109-13.
- Julián-Jiménez A, Palomo MJ, Parejo 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.

Agustín Julián-Jiménez^{a,*}, Elisa García Tercero^b
y José Ignacio García del Palacio^c

^a Servicio de Urgencias/Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

^b Servicio de Geriátrica, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

^c Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: agustinj@sescam.jccm.es (A. Julián-Jiménez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.12.006>

El papel de las farmacias comunitarias en el tratamiento de la tuberculosis



The role of community pharmacies in the treatment of tuberculosis

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés la editorial sobre el papel de las farmacias comunitarias en el control de las enfermedades respiratorias¹. Sin embargo, a pesar de compartir las acciones descritas en el artículo, consideramos que la farmacia comunitaria también puede tener un papel relevante en el tratamiento directamente observado de la tuberculosis (TDO-TB)^{2,3}. El TDO-TB es una medida ampliamente recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control de la tuberculosis, especialmente en poblaciones con riesgo de incumplimiento terapéutico. Esta estrategia consiste en asegurar la adhesión al tratamiento farmacológico mediante la intervención de una segunda persona que observa directamente la toma de medicación por parte del paciente según la pauta terapéutica prescrita. Desde 1999 se desarrolla un programa de TDO-TB en el Departamento Sanitario 9 de la Comunitat Valenciana, consistente en la administración del tratamiento supervisado de la tuberculosis en las farmacias comunitarias, como parte de las estrategias para el control de la tuberculosis⁴. La distribución geográfica de las oficinas de farmacias favorece que el paciente pueda establecer un contacto rápido con un profesional sanitario para facilitar que se asegure la toma del tratamiento. Asimismo, la comunicación fluida y cooperativa entre las farmacias comunitarias, trabajadores sociales y los clínicos permite identificar incumplimiento del tratamiento y detectar efectos adversos del mismo. Resultados de nuestro programa previamente publicados han mostrado una mayor adherencia en pacientes con riesgo de mala cumplimentación y abandono del tratamiento, alcanzando en nuestro programa tasas de curación mayores del 75%⁵. Los equipos TDO-TB deben estar estructurados de una forma multidisciplinar con la participación de trabajadores sociales, clínicos y farmacéuti-

cos comunitarios. Además, los programas sobre acciones sanitarias deben estar continuamente revisados para detectar cambios en las poblaciones atendidas, deben aplicarse indicadores de eficacia y debe favorecerse la difusión entre los profesionales e incentivación continuada de los mismos.

Consideramos pues, que la implicación de todos los agentes sanitarios disponibles en una población, con la inclusión de los profesionales de farmacia denota un compromiso real y firme para el control de la tuberculosis en un área determinada.

Anexo 1.

Vicente Abril López de Medrano: Servicio de Enfermedades Infecciosas, Consorci Hospital General Universitari de València

Estrella Fernández Fabrellas: Servicio de Neumología, Consorci Hospital General Universitari de València

Concepción Gimeno Cardona: Servicio de Microbiología, Consorci Hospital General Universitari de València

Francisco González Morán: Servicio de Vigilancia y Control Epidemiológico, Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat, Comunitat Valenciana

Remedios Guna Serrano: Servicio de Microbiología, Consorci Hospital General Universitari de València

Carmen Illa Lahuerta: Unidad de trabajo social, Consorci Hospital General Universitari de València

Rafael Medina Almerich: Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia

Mercedes Melero García: Servicio de Medicina Preventiva, Consorci Hospital General Universitari de València

Elvira Pérez Pérez: Servicio de Vigilancia y Control Epidemiológico, Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat, Comunitat Valenciana

Desireé Ruíz González: Vocal de Servicios Profesionales, Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia

Isabel Sanfeliu Vela: Atención farmacéutica, Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia