

Pneumonia Severity Index en el servicio de urgencias y la utilización de una unidad de corta estancia para mejorar los indicadores de resultado en la neumonía adquirida en la comunidad



Pneumonia Severity Index in the emergency department and the use of a short-stay unit to improve outcome indicators in community-acquired pneumonia

Sr. Editor:

Hemos leído el interesante original publicado recientemente por M. Delgado et al.¹ en su revista, donde demuestran que la utilización rutinaria en el servicio de urgencias del *Pneumonia Severity Index* (PSI) en la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) mejora la adecuación del ingreso hospitalario y del tratamiento antibiótico, tanto su administración precoz como su adecuación. Sin embargo, estos resultados positivos no tienen este impacto positivo sobre la estancia media del ingreso hospitalario. La presión asistencial de urgencias ha hecho que en los últimos años se creen programas²⁻⁴ y alternativas a la hospitalización convencional, como son la unidad de corta estancia⁵ (UCE) y la hospitalización domiciliaria⁶. Desconocemos si el Hospital Universitario de Álava, donde se realiza este trabajo de investigación, dispone de una UCE, y por ello queremos aportar nuestra experiencia en relación con la utilización de este recurso en la NAC, el cual permite disminuir la estancia media de hospitalización, con una adecuación del ingreso siguiendo el PSI⁷. Entre los años 2005 y 2007 se recogieron 606 pacientes con NAC, de los cuales 187 ingresaron en la UCE de nuestro centro, un hospital universitario de alta complejidad, y 419 en planta de hospitalización convencional (HC). Las diferencias más significativas entre el grupo UCE y HC fueron el promedio de edad (77,3 vs. 67,9; $p < 0,001$) y la estancia media (3,48 vs. 7,89; $p < 0,001$). Es de destacar que en todos los niveles de PSI el promedio de edad de los pacientes fue mayor en el grupo UCE, especialmente en los grupos con peor pronóstico (PSI III: $76,85 \pm 7,68$ vs. $66,46 \pm 12,62$, $p < 0,001$;

PSI IV: $83,28 \pm 8,03$ vs. $74,35 \pm 11,08$, $p < 0,001$; PSI V: $86,75 \pm 6,85$ vs. $80,38 \pm 7,59$; $p < 0,001$). Estos resultados reflejan que los pacientes con NAC y con PSI elevado, debido principalmente a la variable de la edad avanzada, se benefician del ingreso en una UCE, donde se adecua la estancia hospitalaria de manera óptima y con seguridad, tal como muestra el hecho de que no hubo diferencias significativas en la mortalidad hospitalaria en ninguno de los grupos, comparados en función del PSI. Es por ello que pensamos que la UCE es un buen recurso para los pacientes con NAC que consultan en urgencias, y donde el PSI sale elevado debido a la edad.

Bibliografía

1. Delgado M, Alvarez MM, Carrascosa I, Rodríguez-Velasco M, Barrios JL, Canut A. Uso rutinario del *Pneumonia Severity Index* en el servicio de urgencias: efecto sobre los indicadores de proceso y resultado en neumonía adquirida en la comunidad. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31:289-97.
2. Flores CR. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias*. 2011;23:59-64.
3. García D, Enguix N, Valverde L, Castells M, Pascual I, Esquerda A, et al. Resultado de un proceso para la mejora de las altas hospitalarias precoces. *Emergencias*. 2011;23:29-34.
4. Ferré C, Llopis F, Jacob J, Juan A, Palom X, Bardés I, et al. Evaluación de la utilidad de la tinción de Gram del esputo para el manejo de la neumonía en urgencias. *Emergencias*. 2011;23:108-11.
5. Llorens P, Murcia-Zaragoza J, Sánchez-Payá J, Laghaoui F, Reus S, Carratalá-Perales JM, et al. Evaluación de un modelo multidisciplinar de hospitalización alternativa a la hospitalización convencional en la neumonía adquirida en la comunidad. *Emergencias*. 2011;23:167-74.
6. Muijal A, Solá J, Hernández M, Aragüés C, Machado ML, Oristrell J. Eficacia y seguridad del tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso en pacientes con patología infecciosa procedentes del servicio de urgencias. *Emergencias*. 2013;25:31-6.
7. Juan A, Jacob J, Llopis F, Gómez-Vaquero C, Ferré C, Pérez Mas JR, et al. Análisis de la seguridad y la eficacia de una unidad de corta estancia en el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. *Emergencias*. 2011;23:175-82.

Javier Jacob Rodríguez *, Antoni Juan Pastor,
Carles Ferré Llosa e Ignasi Bardés Robles

Servicio de Urgencias, Hospital Universitari de Bellvitge, IDIBELL,
Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jjacob@bellvitgehospital.cat (J. Jacob Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.07.019>

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.04.012>

Percepciones de los médicos alicantinos sobre la pandemia de gripe de 2009

Perceptions of Alicante (Spain) doctors on the 2009 influenza pandemic

Sr. Editor:

He leído con gran interés el artículo que publicaron los doctores Tuells, Caballero y Nolasco¹ en el último número de *EIMC* sobre las percepciones que expresó un colectivo de los trabajadores sanitarios de la provincia de Alicante en enero de 2010 respecto de la alerta pandémica de gripe declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) 8 meses antes. Desearía añadir 2 reflexiones a la discusión de los datos recogidos entre los médicos, asumiendo que se trataba del grupo mejor informado.

La primera es que un colectivo que siguió otras recomendaciones preventivas (93% de los encuestados) y que se mostraba claramente favorable a las vacunas en general (85,8%) albergase

mayoritariamente dudas en cuanto a la seguridad (57,7%) y la eficacia (70,4%) de esa vacuna en concreto, y no la utilizase para sí mismo (67,4%) ni la recomendase a otros (55,6%). Como miembro del subcomité que asesoró a las autoridades sanitarias españolas en todo lo referente a la vacunación durante la alerta, sé muy bien que esas dudas no estaban justificadas científicamente, pero también que respondieron con mucha probabilidad a causas que pueden identificarse. En lo que concierne a la eficacia, hubo de influir mucho que la OMS recomendase vivamente la vacunación universal de niños y adultos jóvenes con el objetivo de controlar la circulación del virus pandémico, una pretensión que no avalaban los datos disponibles sobre la eficacia de las vacunas antigripales en cuanto a prevenir la transmisión de esos agentes². Sobre la seguridad, que no se dispusiese aún de datos específicos sobre esa cuestión en los niños ni en las mujeres embarazadas, para esa vacuna ni para ninguna otra vacuna antigripal, en el escenario propuesto, ya que jamás se había planteado antes vacunar masivamente frente a la gripe a esos segmentos de la población. Se trataba de una cuestión muy técnica cuya importancia práctica

parecía escasa, ya que la vacuna apenas difería en su formulación general de las habituales, pero se utilizó eficazmente por los grupos contrarios a las vacunas para generar las dudas que una mayoría de ese colectivo de médicos de Alicante manifestó entonces. La autoridad sanitaria resolvió no aplicar la vacunación universal de niños y adultos jóvenes, pero la decisión de vacunar a las embarazadas sanas generó cierto desconcierto entre las pacientes y entre los médicos a la hora de hacerlo en cada caso individual.

La segunda reflexión concierne a los datos sobre la mala valoración de la calidad de la información recibida, que el 74,8% de los encuestados valoró como «regular, mala o muy mala». Ya que manifestaron mayoritariamente haberla extraído de revistas científicas (75,2%), de congresos y reuniones científicas (62,4%) y de las propias autoridades sanitarias (29,1%), esos datos dejan muy poco margen para responsabilizar de ello a los medios de comunicación, y sugieren que algo funcionó bastante mal en las propias fuentes originales de la información.

En ese sentido, la OMS manifestaba el 11 de mayo de 2009 en su página web³ que «la tendencia del virus H1N1 a causar infecciones más severas y letales en las personas con patologías de base es motivo de una preocupación especial». Como esto es propio de cualquier virus gripal, se interpretaba que el virus pandémico la mostraba en una medida excepcionalmente alta. Poco después, un destacado diario español⁴ recogía unas declaraciones del doctor Keiji Fukuda acerca de la «especial agresividad del virus pandémico». En contraste, una publicación científica de junio de 2009 asignaba a ese virus un índice de letalidad del 0,4% en México⁵, habitual en la gripe estacional y 10 veces menor que la oficiosamente estimada allí en abril. En otra procedente de Nueva Zelanda y aparecida en julio de ese año se asignaron unas ratios de letalidad del 7-60/100.000 y del 0,4-60/100.000 a los virus estacionales y al virus pandémico, respectivamente, lo que no establecía diferencias entre ellos⁶. Estos llamativos contrastes fueron frecuentes, y no puede sorprender que causasen la sensación manifestada por los encuestados, cuya propia experiencia profesional les llevaba a considerar que la gripe pandémica no era en absoluto más grave que la estacional (86,5%).

Como ya he expresado en otras ocasiones⁷⁻⁹, pienso que esos indeseables desajustes nacieron del hecho de provocar una seria alarma social, a la postre no justificada, tras declarar ante los ciudadanos una alerta sanitaria global sobre unas bases científicas poco sólidas, y que ello fue posible solo tras modificar los criterios que habían regido hasta entonces las actuaciones de la OMS en el

terreno del control de la gripe. El nuevo documento que el organismo internacional ha publicado recientemente deja al criterio de comités de expertos convocados ad hoc lo esencial de las decisiones que llevarán o no a declarar una alerta pandémica de gripe en el futuro¹⁰. Cabe solo desear que, llegado el caso, sus miembros tomen suficientemente en cuenta los desajustes generados hace 4 años, y también esas consecuencias negativas que el trabajo realizado por la Cátedra de Vacunología de la Universidad de Alicante ha puesto tan claramente de manifiesto desde las páginas de esta revista.

Bibliografía

1. Tuells J, Caballero P, Nolasco A. Creencias, actitudes e influencia de los medios de comunicación en trabajadores sanitarios españoles durante la gripe pandémica A(H1N1) 2009. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013;**31**:369–74.
2. Basta NE, Halloran ME, Matrajt L, Longini Jr IM. Estimating influenza vaccine efficacy from challenge and community-based study data. *Am J Epidemiol.* 2008;**168**:1343–52.
3. World Health Organization. Assessing the severity of an influenza pandemic. 11 May 2009 [consultado 12 May 2007]. Disponible en: http://www.who.int/csr/disease/swineflu/assess/disease_swineflu_assess_20090511/en/index.html
4. Diario El Mundo. La OMS advierte de una cepa de gripe A más agresiva. Edición en papel, 29 de agosto de 2009.
5. Fraser C, Donnelly CA, Cauchemez S, Hanage WP, van Kerkhove MD, Hollingsworth D, et al. Pandemic potential of a strain of influenza A(H1N1): Early findings. *Science.* 2009;**324**:1557–61.
6. Wilson N, Baker MG. The emerging influenza pandemic: Estimating the case fatality ratio. *Eurosurveill.* 2009;**14**:19255.
7. Echevarría JM. ¿Alerta pandémica? [nota del autor]. Barcelona: Meteora; 2011. <http://www.editorialmeteora.com/es/libro/alerta-pandemica/144>
8. Echevarría JM. Comentario a una noticia de actualidad del número 3/2011. *Virología.* 2012;**15**:18–9. <http://www.cbim.uam.es/sev/15-1/15-1-completo.pdf>
9. Echevarría JM. The first influenza pseudopandemic of the 21st century? *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013;**31**:269–70.
10. World Health Organization. Pandemic influenza risk management WHO interim guidance [consultado 20 Jun 2013]. Disponible en: http://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/GIP.PandemicInfluenzaRiskManagementInterimGuidance_Jun2013.pdf

José Manuel Echevarría*

Departamento de Virología, Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmecheva@isciii.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.07.009>

Infecciones por *Escherichia coli* diarreagénicas en España: ¿hay un antes y un después del brote de Alemania?

Diarrhoeagenic Escherichia coli infections in Spain: Did the German outbreak mark a before and after?

Sr. Editor:

Los *Escherichia coli* diarreagénicos (ECD) son importantes agentes de diarrea tanto endémica como epidémica en seres humanos en todo el mundo¹. Los ECD se clasifican en varios patotipos, en función de sus distintos factores de virulencia, entre los cuales destacan 5 grupos principales: *E. coli* verotoxigénicos (ECVT) o productores de toxinas Shiga (STEC), *E. coli* enteropatógenos (ECEP), *E. coli* enterotoxigénicos (ECET), *E. coli* enteroinvasivos (ECEI) y *E. coli* enteroagregativos (ECEA)¹. Los ECVT son capaces de provocar desde una diarrea no sanguinolenta hasta una colitis hemorrágica, con el síndrome urémico hemolítico (SUH) o la púrpura trombocitopénica

trombótica como complicaciones más habituales, principalmente en niños, ancianos y pacientes inmunodeficientes². En Europa la mayoría de las infecciones por ECVT se atribuyen al serotipo O157:H7³, si bien cada vez se registran con mayor frecuencia casos de infección atribuidos a cepas de serogrupos distintos del O157, como O26, O103, O111 y O145, entre otros, conocidas como ECVT no-O157. Los restantes patotipos se consideran principalmente agentes de diarrea del viajero en adultos en países desarrollados y de diarrea infantil en países en vías de desarrollo^{1,4}.

La identificación de los distintos patotipos de ECD requiere su diferenciación del resto de cepas de *E. coli* no patógenas que forman parte de la microbiota intestinal normal, diferenciación que no puede llevarse a cabo mediante métodos microbiológicos convencionales. Esta identificación se basa necesariamente en la detección de los genes de virulencia característicos de los distintos patotipos, ausentes en las cepas no patógenas de *E. coli*, principalmente mediante métodos moleculares como PCR o hibridación⁵. En el Laboratorio Nacional de Referencia del Centro Nacional