

CARTAS AL EDITOR



Neumonía adquirida en la comunidad: repercusiones en la gestión clínica

Sr. Editor: Hemos leído con interés el artículo publicado en su Revista por Ruiz et al¹, en el cual consideran que una estrategia de tratamiento empírico de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) no grave, independientemente de la presentación clínica, que utilice levofloxacino como antibiótico de elección es más útil que un tratamiento empírico basado en la presentación clínica. Estamos de acuerdo con los autores en que la presentación clínica no es suficiente para llegar a un diagnóstico etiológico² y en que la elección del tratamiento antibiótico en un servicio de urgencias debiera ser de amplio espectro, con resistencia a la inactivación inducida por las betalactamasas, que pudiera emplearse en monoterapia, en una única dosis diaria y en el menor tiempo posible, de forma que facilitara el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes. En este punto, quisieramos resaltar la importancia que tiene el hecho de establecer una estrategia diagnóstica y terapéutica que disminuya la incertidumbre en un tratamiento de los pacientes con NAC³.

Durante el período comprendido entre noviembre 2000 y febrero 2001 se implementó en nuestro hospital una guía clínica para el tratamiento de las NAC basadas en la estratificación pronóstica de Fine et al⁴. Los pacientes se estratificaron de la siguiente forma: el 10% en clase I, el 11% en clase II, el 13% en clase III, el 50% en clase IV y el 16% en clase V. El 74% de los pacientes ingresaron en el hospital y de ellos pertenecían a la clase I el 0%, a la clase II el 6%, a la clase III el 10%, a la clase IV el 59% y a la clase V el 25%. A los 30 días, entre los pacientes de control ambulatorio, únicamente un paciente precisó ingreso hospitalario mientras que ninguno presentó complicaciones, falleció o requirió ingreso en la unidad de cuidados intensivos⁵. La evaluación, un año después y durante el período comprendido entre noviembre de 2001 y febrero de 2002, puso de manifiesto un aumento de los pacientes que ingresaron en el hospital, sobre todo a partir de la clase de control ambulatorio: clase I el 15%, clase II el 5%, clase III el 20%, clase IV el 43% y clase V el 17%, explicándose dicho aumento por el estilo de práctica médica individual, sin duda causa importante de variabilidad⁶.

Es conocido que el gasto que genera la atención a la NAC hospitalizada es muy superior al de la NAC controlada ambulatoriamente y diversos estudios demuestran que los porcentajes de hospitalización varían ampliamente de un centro a otro, observándose límites entre el 50 y 90% de los pacientes con NAC atendidos en el área de urgencias⁷. Los estudios sobre variabilidad en la práctica médica han demostrado cómo las políticas sobre los ingresos tienen mayor importancia que las decisiones sobre la permanencia de los pacientes, de manera que la decisión de utilizar el recurso hospitalario en un determinado paciente no siempre es incuestionable pero, una vez adoptada, determina de forma importante la asistencia posterior, en cuanto al volumen de servicios que va a consumir. Pequeñas dudas en el momento de decidir el ingreso de un paciente pueden significar grandes diferencias de cos-

tes agregados⁸. La reflexión en este sentido pasaría por la consideración del coste oportunidad, lo que supondría destinar los recursos de una hospitalización a un paciente que posiblemente no obtenga beneficios de la misma.

Luis Bernácer, Antonia Artigues, Jaime Orfila y M. Soledad Sanz

Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital de Manacor. Mallorca. España.

1. Ruiz A, Falguera M, Sacristán O, Valverde M, Cabré X, Pérez J, et al. Neumonía adquirida en la comunidad: utilidad de la presentación clínica para la elección del tratamiento antibiótico. *Med Clin (Barc)* 2002;119:641-3.
2. Santos de Unamuno C, Llorente San Martín MA, Carandell Jager E, Gutiérrez García M, Melchorriera J, Ramírez Rosales A, et al. Lugar de atención, etiología y tratamiento de las neumonías adquiridas en la comunidad de Palma de Mallorca. *Med Clin (Barc)* 1998;110:290-4.
3. Álvarez Gutiérrez FJ, Castillo Otero D, García Fernández F, Romero Romero B, Rey Pérez J, Soto Campos G, et al. Estudio prospectivo de 221 neumonías adquiridas en la comunidad seguidas de forma ambulatoria. Etiología y evolución clinicoradiológica. *Med Clin (Barc)* 2001; 116:161-6.
4. Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, Hanuse BH, Weissfeld LA, Singer DE, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N Engl J Med* 1997;336:243-50.
5. Bernácer L, Tarradas J, Comas B, Matamala C, Orfila J, Ros F. Evaluación de una guía clínica para el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en un servicio de urgencias de un hospital comarcal [resumen]. *Emergencias* 2001; 13:89A-90A.
6. Bernácer L, Orfila J, Puig D, Recio J, Palacín C. Influencia del estilo de práctica clínica individual en la aplicación de una guía clínica para el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en un servicio de urgencias de un hospital comarcal [resumen]. *Emergencia* 2002;14:139A-40A.
7. McMahon LF Jr, Wolfe RA, Tedeschi TJ. Variation in hospital admissions among small areas: a comparison of Maine and Michigan. *Med Care* 1989;27:623-31.
8. Meneu R. Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones. En: Ortún V, editor. *Economía de la salud y gestión sanitaria*. Barcelona: Masson, 2002; p. 79-84.

vamente) respecto a los vacunados de mayor edad. En el tercer brote⁴, fue el tiempo transcurrido desde la vacunación el factor relacionado con la disminución de la eficacia, de tal forma que un tiempo superior a tres años supuso un riesgo 2,6 veces superior al de los niños vacunados más recientemente. Es posible, en estos grupos, que una segunda dosis pudiera disminuir el número de fallos primarios de la vacuna⁵, si bien condicionaría un aumento significativo del coste (en España está comercializada por Laboratorios Glaxo SmithKline como Varilrix® con un precio de 52,1 euros el vial de 1.000 UFP/0,5 ml). Aunque existen varios estudios epidemiológicos de la varicela en España, se desconoce la incidencia en pacientes menores de 15 meses^{6,7}. Coincidimos con los autores en que la evidencia científica disponible en la actualidad avala la necesidad de inmunización; no obstante, pensamos que sería interesante, basándonos en estos últimos datos, conocer la epidemiología exacta de la varicela en España para, en caso de indicarse una vacunación sistemática, elegir a la población en la que se obtuviese una mayor relación coste-beneficio.

José Luis Callejas Rubio^a, Inmaculada Vallejo Rodríguez^a y Antonio Fernández-Moyano^a

^aServicio de Medicina. ^bServicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital San Sebastián. Ecija. Sevilla. España.

1. Campings M, Moraga FA. ¿Es eficaz la vacuna de la varicela? *Med Clin (Barc)* 2002;119:571-3.
2. Galil K, Fair E, Mountcastle N, Britz P, Seward J. Younger age at vaccination may increase risk of varicella failure. *J Infect Dis* 2002;186:102-5.
3. Dworkin MS, Jennings CE, Roth-Thomas J, Lang JE, Stukenberg C, Lumpkin JR. An outbreak of varicella among children attending preschool and elementary school in Illinois. *Clin Infect Dis* 2002; 35:102-4.
4. Galil K, Lee B, Strine T, Carragher C, Bauhman AL, Eaton M, et al. Outbreak of varicella at a day-care center despite vaccination. *N Engl J Med* 2002; 347:1909-15.
5. Gershon AA. Varicella vaccine-are two doses better than one? *N Engl J Med* 2002;347:1962-3.
6. Gil A, Oyaguez I, Carrasco P, González A. Epidemiology of primary varicella hospitalizations in Spain. *Vaccine* 2001;20:295-8.
7. Muñoz MP, Domínguez A, Salleras L. Estimated varicella incidence on the basis of a seroprevalence survey. *Epidemiol Infect* 2001;127:501-7.



¿Es eficaz la vacuna de la varicela?

Sr. Editor: Hemos leído con interés el magnífico editorial titulado «¿Es eficaz la vacuna de la varicela?», publicado recientemente por Campings y Moraga¹ en su Revista. En este trabajo se señala que la incidencia y gravedad de la varicela en las personas vacunadas, la denominada varicela modificada o *breakthrough*, son independientes del tiempo transcurrido desde la vacunación. Sobre este punto nos gustaría comentar algunos aspectos novedosos descritos recientemente en la bibliografía. Se han publicado en el último año tres brotes de varicela en pacientes vacunados²⁻⁴. En los dos primeros^{2,3}, la edad de la vacunación constituyó un factor determinante de su eficacia, de tal forma que la vacunación de niños menores de 15 meses se asoció con un aumento en el riesgo de desarrollar *breakthrough* (riesgo relativo de 3 y 3,7, respecti-



Escasa cumplimentación de la vacunación antigripal en pacientes nonagenarios

Sr. Editor: El impacto anual de la gripe en términos de morbilidad es muy importante. La vacunación anual es una medida recomendada en pacientes con riesgo de desarrollar complicaciones de la gripe^{1,2}, siendo una estrategia de prevención primaria muy efectiva en personas mayores de 65 años³. La vacuna de la gripe está incluida en el Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud en Atención Primaria y supuestamente debería ser accesible a todos los ciudadanos. El paciente nonagenario es un paciente frágil⁴ y la indicación de vacunación antigripal parece muy clara. El objetivo del presente estudio fue