

El 69% de los tutores ofrecían consejos de protección solar, 51,2% realizaban cribado de cáncer de piel, y el 6% habían colaborado en campañas comunitarias de PCP. La frecuencia de las actividades de PCP era menor que la del resto de actividades preventivas.

El 33,8% de los participantes había realizado algún curso de prevención de cáncer de piel en los últimos 3 años y la gran mayoría (77,5%) sabían cuál es el tipo de cáncer cutáneo más prevalente, aunque casi todos los médicos (más del 98%) no tenían seguridad nunca o casi nunca cuando valoraban los tumores de la piel. No se observaron diferencias en las actividades en la consulta, en los conocimientos ni en la formación en PCP recibida de los tutores respecto a los no tutores (tabla 1).

Los consejos de fotoprotección son el aspecto preventivo en el que más tutores (47%) formaban a sus residentes. Además, los tutores que habían recibido formación, formaban más a sus residentes en fotoprotección que aquellos que no se habían formado (66 versus 37,73%,  $p=0,02$ ), y este es el único aspecto de la formación a los residentes en el que los tutores formados incidían más que los no formados.

El 32,5% de los tutores formaban en prevención secundaria. Las reglas del ABCDE eran el aspecto en el que más se formaba a los residentes (30%) y los consejos de auto-exploración a los pacientes de alto riesgo era la actividad de prevención secundaria en la que menos (23,75% de los tutores).

Como conclusiones extraemos que los conocimientos y actividades de PCP de los tutores no difieren de la del resto de médicos de AP. La seguridad de los médicos de atención primaria en la valoración de los tumores de la piel es muy baja y la formación de los tutores influye muy poco en la mejora de la formación a sus residentes. Por lo tanto, parecen necesarios programas de formación en PCP, reglados y dirigidos a residentes de AP.

## Financiación

Este trabajo ha recibido un premio de las III becas xB del Institut Català de la Salut en el año 2010.

## Agradecimientos

A todos los profesionales de atención primaria de Barcelona que han tenido la amabilidad de responder a la encuesta y han hecho posible la realización de este trabajo.

## Bibliografía

1. Aceituno-Madera P, Buendia-Eissman A, Arias-Santiago S, Serrano-Ortega S. Evolución de la incidencia del cáncer de piel en el período 1978-2002. *Act Dermosifilogr.* 2010;101:39-46.
2. Geller AC, O'Riordan DL, Oliveria SA, Valvo S, Teich M, Halpern AC. Overcoming obstacles to skin cancer examinations and prevention counseling for high-risk patients: results of a national survey of primary care physicians. *J Am Board Fam Pract.* 2004;17:416-23.
3. Schwartz JL, Wang TS, Hamilton TA, Lowe L, Sondak VK, Johnson TM. Thin primary cutaneous melanomas: associated detection patterns, lesion characteristics, and patient characteristics. *Cancer.* 2002;95:1562-8.
4. Wise E, Singh D, Moore M, Hayes B, Biello KB, Dickerson MC, et al. Rates of skin cancer screening and prevention counseling by US medical residents. *Arch Dermatol.* 2009;145:1131-6.
5. Grange F, Barbe C, Mas L, Granel-Brocard F, Lipsker D, Aubin F. The role of general practitioners in diagnosis of cutaneous melanoma: a population-based study in France. *Br J Dermatol.* 2012;167:1351-9.
6. Helfand M, Mahon SM, Eden KB, Frame PS, Orleans CT. Screening for skin cancer. *A J Prev Med.* 2001;20:47-58.

María Rosa Senan Sanz<sup>a,\*</sup>, Noemí Olona Tabueña<sup>b</sup>, Rosa Magallón Botaya<sup>c</sup> e Yolanda Gilaberte Calzada<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud El Clot, Barcelona, España

<sup>b</sup> Área de Metodología, SAP Litoral, Barcelona, España

<sup>c</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Arrabal, Zaragoza, España

<sup>d</sup> Servicio de Dermatología, Hospital San Jorge, Huesca, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 33643mss@comb.es (M.R. Senan Sanz).  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.08.006>

## Consideraciones respecto a la epidemiología de la neumonía adquirida en la comunidad



### Thoughts on the epidemiology of community acquired pneumonia

Sr. Director:

Hemos leído con gran atención el interesante y valioso estudio de Irizar Aramburu et al.<sup>1</sup> en relación con la epidemiología de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), donde se plantea como objetivos conocer su incidencia y tasa de ingresos y la mortalidad, así como los posibles factores asociados. Estamos de acuerdo en muchas de las afirmaciones que realizan los autores en su trabajo, pero nos

gustaría realizar algunas consideraciones desde la perspectiva conjunta de un Área de Salud de 437.000 personas tras estudiar, desde enero del 2008 hasta diciembre del 2012, todas las NAC diagnosticadas con demostración radiológica y confirmación diagnóstica a los 30 días en Atención Primaria (AP) y en el Servicio de Urgencias (SU). Para el registro de los casos, nos servimos de las bases de datos de distintos estudios realizados por nuestro grupo en el SU<sup>2,3</sup> y de todos los informes de radiología de AP (n = 11.427 en mayores de 14 años). Aun así, somos conscientes de que han existido pérdidas de casos. Precisamente, en cuanto a la incidencia de la NAC, creemos que los autores aciertan al comentar que existe una infraestimación de la misma. En la última guía de consenso para la NAC, ya se señala que su incidencia real debe rondar en torno a 3-8 casos por 1.000 habitantes por año (hab/a) en España<sup>4</sup>, aumentando en épocas de epidemia vírica y de invierno, y siendo superior en pacientes  $\geq$

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 estudios<sup>4</sup>. 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.<sup>1</sup>. 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<sup>4,5</sup>. Y en los mayores de 65-75 años la incidencia aumenta exponencialmente<sup>4-6</sup>. 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%)<sup>2,3</sup> y en concordancia con lo expresado en la guía multidisciplinar del 2013 (40%)<sup>4</sup> y un reciente estudio multicéntrico en 49 centros de distintas comunidades autónomas (n = 1.080 NAC, con 58% ingresos)<sup>5</sup>. 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 cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, neoplasias, insuficiencia renal o hepática). En nuestra experiencia<sup>2,3</sup>, 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%)<sup>4,5</sup>. Y el 69,9% de los pacientes valorados en el SU tienen alguna comorbilidad<sup>5</sup>, mostrándose estas relacionadas con la decisión de ingresar al paciente (p < 0,05) y la mortalidad<sup>2,3</sup>. 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<sup>a,\*</sup>, Raquel Parejo-Miguez<sup>b</sup>,  
Natividad Laín-Terés<sup>a</sup> y María José Palomo de los Reyes<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España*

<sup>b</sup> *Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Madridejos, Madridejos, Toledo, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [agustinj@sescam.jccm.es](mailto: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 trabajo<sup>1</sup> y las consideraciones al respecto.

Nos congratulamos de que otros estudios como el de los autores de la carta<sup>2</sup> 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>