

### Hospitalización a domicilio y neumonía adquirida en la comunidad

**Sr. Editor:** En el último número de su Revista aparecen dos trabajos muy interesantes en relación a la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), el editorial escrito por Carratalá<sup>1</sup>, sobre el lugar más idóneo para el tratamiento de las NAC, y el realizado por Calbo et al<sup>2</sup> evaluando el tratamiento de las NAC respecto a índices pronósticos de gravedad. En el editorial mencionado puede leerse: "La racionalización de la decisión de ingreso es claramente un objetivo importante en el tratamiento de las NAC".

Al leer este párrafo, me han venido a la memoria las conversaciones que con otros compañeros de unidades de hospitalización a domicilio (UHAD) había mantenido durante los últimos años en los Congresos Nacionales de hospitalización a domicilio (HAD).

Con los datos que se presentaban a estos congresos, pensábamos que desde la HAD se podría dar respuesta y soluciones a algunos de los problemas que se planteaban en las puertas de los hospitales para decidir dónde y cómo tratar de una manera más eficiente las NAC. De un modo, sin duda demasiado simplista pero práctico, nos decíamos que ante una NAC, el médico de urgencias tenía tres posibilidades, pacientes que por su situación clínica y condiciones podían ser tratados en régimen ambulatorio, con control por parte de su equipo de atención primaria (EAP), pacientes que tenían que ingresar en el hospital, ya fuera en planta o en UCI y un tercer grupo de pacientes, importante en número, en el que la decisión era muy complicada. La complejidad de esta decisión venía determinada tanto por factores clínicos como físicos, psíquicos y sociales del paciente. La utilización de índices de severidad, mortalidad, criterios de sociedades científicas internacionales, nacionales, locales, o la experiencia clínica, orientaba la mayoría de las veces, que no todas, a tomar una decisión. Desde la HAD creíamos que las UHAD podrían tener un papel, como lugar terapéutico adecuado en algunos de estos pacientes con NAC y en este sentido asistimos a la comunicación de experiencias por parte de diversas UHAD<sup>3-6</sup>, todas ellas muy positivas. Probablemente el medio para comunicarlas no haya sido el más adecuado, y por ello no han sido lo suficientemente conocidas por la comunidad científica, como lo demuestra el hecho de que en el editorial que origina esta reflexión no se hace referencia a esta modalidad asistencial, que al menos sí se considera en el otro trabajo aludido<sup>2</sup>.

La HAD pretende acercar al domicilio del paciente, en lo posible, los recursos, tanto humanos como técnicos, que posee el hospital actual, permitiendo además una rápida comunicación del paciente, tanto con los especialistas hospitalarios como con los de su EAP. En el caso de las NAC, además de la visita del médico-enfermera "en la propia cama del paciente" se realizan determinaciones analíticas (hemogramas, bioquímicas, pruebas microbiológicas de esputo, orina, sangre, serologías, pulsioximetrías), se administran tratamientos, tanto parenterales como orales, y se controla el proceso infeccioso de una manera más intensa que la que hoy en día puede ofrecerse desde los EAP. Además, si la situación lo aconseja, se puede remitir al paciente al hospital para consultas o realización de pruebas radiológicas, de una manera rápida y dirigida.

Las experiencias ya mencionadas se han realizado sobre todo con pacientes de riesgo bajo-moderado, categorías II-III-IV del índice pronóstico de severidad (IPS). Este índice ha demostrado su utilidad en la estratificación de pacientes por gravedad y como orientador hacia el mejor lugar para el tratamiento, aunque no contempla recursos como la HAD, por lo menos tal y como está desarrollada en nuestro medio. Del trabajo de Calbo et al<sup>2</sup> se deduce que son los pacientes que cumplen los criterios clasificatorios de categoría III, aquellos que, a pesar de presentar baja mortalidad, suelen requerir ingreso hospitalario. Pues bien, son precisamente éstos los pacientes con los que se tiene más experiencia de tratamiento en las UHAD y, por ello, los candidatos ideales para ser atendidos en ellas, por lo menos como comienzo.

Las UHAD son también un buen recurso para aquellos otros pacientes que, o bien no quieran ser tratados en el hospital, cuando el ingreso está indicado, o bien sí quieran serlo, a pesar de la no indicación estrictamente médica del mismo (interesante paradoja...) a los que se les puede ofrecer un seguimiento y control de rango hospitalario sin las consecuencias de un ingreso en el "espacio hospitalario". No debe olvidarse tampoco a aquellos pacientes que, tras una corta estancia en el hospital, pueden continuar el control y tratamiento en su domicilio, pero necesitan de tratamientos parenterales o controles más estrictos<sup>7</sup>.

En resumen, se trata de dar a conocer a los profesionales que manejan y toman decisiones sobre las NAC, la existencia de un recurso, las UHAD, cada vez más extendido por la geografía nacional (directorio de UHAD disponible en <http://www.fehad.org/index2.html>), que se suma a los cono-

cidos de tratamiento ambulatorio o ingreso en el hospital, para el manejo de pacientes con NAC, sobre todo en aquellos pacientes en los que la decisión entre ingreso hospitalario o no es más compleja o dificultosa.

*Miguel Ángel Goenaga*

Unidad de Hospitalización a Domicilio.  
Hospital Donostia.  
San Sebastián. España.

### Bibliografía

1. Carratalá J. ¿Hospital o domicilio? Una decisión crucial en el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004;22:61-3.
2. Calbo E, Ochoa de Echagüen A, Rodríguez-Carballeira M, Ferrer C, Garau J. Ingresos, estancia y mortalidad de las neumonías adquiridas en la comunidad en un hospital de agudos. Correlación entre el índice pronóstico de severidad y los criterios tradicionales de valoración de la gravedad. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004;22:64-9.
3. Legido P, Regalado de los Cobos J, Cía JM, Gómez M, Altuna E, Mendoza H. Neumonía atendida en hospitalización a domicilio. En: Libro de comunicaciones del IV Congreso Nacional de Hospitalización a Domicilio. Valencia, 25-27 de noviembre, 1998. Disponible en: <http://www.fehad.org/valhad/ps036.htm>.
4. González Ramallo VJ, Agudo de Blas P, Duffort M. Ingreso de pacientes con NAC en hospitalización a domicilio. *Rev Clin Esp* 2000;200 (Supl 1):182.
5. Hernández M, Querol JM, Martínez I, Sayas M, Wollstein C. Utilidad de la hospitalización a domicilio en el manejo de las neumonías adquiridas en la comunidad. En: Libro de comunicaciones del VI Congreso Nacional de Hospitalización a Domicilio. Barcelona, 19-21 de septiembre, 2002: 8 (resumen I-1).
6. Jové N, Miret C, Adrián MJ, Fornés L, Bruno C, Martínez-Miró A, et al. Hospitalización en domicilio de pacientes ingresados por neumonía adquirida en la comunidad en un Hospital comarcal. En: Libro de comunicaciones del VI Congreso Nacional de Hospitalización a Domicilio. Barcelona, 19-21 de septiembre, 2002: 14 (resumen I-12).
7. Juarros SA, Merino LC, Macías E, Gómez J, Pastrana L, Gárate I. Protocolo de alta precoz hospitalaria y control posterior por hospitalización a domicilio en la neumonía adquirida en la comunidad. En: Libro de comunicaciones del V Congreso Nacional de Hospitalización a Domicilio. Santander, 31 de mayo-2 de junio, 2000. Disponible en: <http://www.fehad.org/index2.html>.