

Hospitalización a domicilio y neumonía adquirida en la comunidad. Réplica

Sr. Editor: En respuesta a la carta enviada por el Dr. Gómez¹ nos gustaría matizar los siguientes aspectos. Existe un interés creciente en nuestro medio por ofrecer la máxima calidad asistencial con el mínimo coste económico. Evitar un ingreso hospitalario es evidentemente una forma eficaz de

reducir costes. Estos dos factores han sido un acicate en la búsqueda de alternativas a la hospitalización tradicional que ofrezcan una atención cualificada sin merma en la calidad. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es, quizás, una de las enfermedades en las que más se han desarrollado alternativas a la hospitalización, y numerosos estudios han validado su eficacia y rentabilidad².

El primer paso en la toma de decisiones sobre la ubicación óptima para el paciente con NAC es la correcta evaluación de la gravedad del proceso. Gracias a la existencia de índices pronósticos de gravedad (IPG), como el publicado por Fine et al³, y analizado en nuestro estudio, se ha conseguido estratificar el riesgo de muerte, la necesidad de ingreso en UCI o incluso predecir una estancia media más prolongada⁴ en estos enfermos, pudiendo así seleccionar a los de bajo riesgo, susceptibles de ser tratados a domicilio. Pero no es la única variable en juego y el clínico debe considerar factores en ocasiones no contemplados en los algoritmos de decisión, como los recursos disponibles como tratamientos intravenosos a domicilio, el soporte familiar, la existencia de enfermedades crónicas descompensadas en el transcurso de la NAC o la presencia de trastornos psíquicos que imposibiliten un seguimiento ambulatorio, entre otros. Las categorías I y II del IPG, por su baja mortalidad (inferior al 1%) y baja tasa de reingresos permiten un tratamiento ambulatorio, de no existir impedimentos para el tratamiento por vía oral o circunstancias socioambientales desfavorables. En cuanto a los pacientes de las categorías IV y V, con una mortalidad predecible del 9 y 27%, respectivamente, con un porcentaje de ingreso en UCI superior al 11%, y una tasa de reingresos del 20%, son candidatos claros al ingreso hospitalario. En nuestra experiencia, y coincidimos con Goenaga¹, la categoría III del IPG de Fine et al³ es el grupo que presenta un mayor reto a la hora de decidir el mejor régimen de tratamiento. En los pacientes de la categoría III, dado el elevado porcentaje de reingresos (16% en el trabajo de Fine et al³ y 12% en nuestro estudio), a pesar de presentar una mortalidad baja (alrededor del 1%), es necesario considerar el ingreso hospitalario o sus alternativas. Hay que hacer hincapié en que esta categoría engloba pacientes muy dispares: desde el paciente joven sin comorbilidad pero con neumonía grave (p. ej., hemodinámicamente inestable), a los pacientes que puntúan en esta categoría puramente por edad con o sin comorbilidad, y que no presentan ningún signo

físico ni de exploración complementaria que denote gravedad. Estos últimos serían los candidatos ideales para ser tratados en unidades de hospitalización a domicilio (UHAD): enfermos en general estables, con una enfermedad susceptible de ser tratada inicialmente por vía parenteral y con riesgo elevado de reingreso de no recibir un seguimiento estrecho. Es precisamente esta población, la de más edad, quien más se beneficia de evitar un ingreso hospitalario, con lo que comporta de inmovilización, pérdida del entorno familiar, riesgo de infecciones nosocomiales y de episodios confusionales y otros aspectos negativos inherentes a la hospitalización. Así mismo, existe una clara preferencia de los pacientes por esta modalidad de atención sanitaria cuando se compara con el ingreso convencional⁵. Finalmente, y como señala Goenaga¹, las UHAD pueden ir más allá en este campo e incluir en la lista de candidatos a los pacientes con NAC y categorías del IPG superiores a III una vez alcanzada la estabilidad clínica. De esta forma podría claramente acelerarse el alta hospitalaria si existe la posibilidad de controlar el proceso en la comunidad a través de las UHAD, tal y como apuntan estudios recientes⁶. Así pues, valoramos de forma muy positiva la difusión de este nuevo recurso entre los clínicos que habitualmente trabajan con pacientes con NAC.

Esther Calbo y Javier Garaú

Servicio de Medicina Interna. Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona. España.

Bibliografía

1. Goenaga MA. Hospitalización a domicilio y neumonía adquirida en la comunidad. *Enferm Infect Microbiol Clin* 2004;22:434.
2. Brown RB. Outpatient parenteral antibiotic therapy in the management of community-acquired lower respiratory infections. *Infect Dis Clin North Am* 1998;12:921-33.
3. Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, Hanusa 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.
4. Menéndez R, Ferrando D, Vallés JM, Martínez E, Perpiñá ML. Initial risk class and length of hospital stay in community-acquired pneumonia. *Eur Respir J* 2001;18:151-6.
5. Coley CM, Li YH, Medsger AR, Marrie TJ, Fine MJ, Kapoor WN, et al. Preferences for home vs hospital care among low-risk patients with community-acquired pneumonia. *Arch Intern Med* 1996;156:1565-71.
6. Van der Eerden MM, De Graaff CS, Vlaspolder F, Bronsveld W, Jansen HM, Boersma W. Evaluation of an algorithm for switching from IV to PO therapy in clinical practice in patients with community-acquired pneumonia. *Clin Ther* 2004;26:294-303.