

Hospitalización a domicilio y neumonía adquirida en la comunidad. Réplica

Sr. Editor: El Dr. Goenaga¹ comenta que en mi editorial sobre la decisión de ingreso en la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) no se hace referencia al papel que puede desempeñar la hospitalización a domicilio en el tratamiento de los pacientes en las clases de riesgo II, III y IV según el “Índice de Gravedad de la Neumonía². De hecho, este recurso tampoco se contempla en las guías más recientes para el tratamiento de la NAC y recomendaciones de expertos debido a la ausencia de estudios publicados que permitan determinar su seguridad, eficacia, coste y beneficio³⁻⁵.

En la actualidad existe consenso en que los pacientes en la clase de riesgo IV deberían ser tratados en el hospital³⁻⁵. La mortalidad en este grupo de pacientes se sitúa alrededor del 10% y en nuestra experiencia uno de cada 3 pacientes sigue un curso clínico complicado^{6,7}. Por otro lado, existe cada vez más evidencia que los pacientes en las clases de riesgo II y III, siempre que no exista un criterio incuestionable de ingreso, por lo general insuficiencia respiratoria o derrame pleural complicado, pueden ser tratados ambulatoriamente sin problemas^{3-5,8-10}.

En mi opinión, el posible papel de la hospitalización a domicilio en la NAC, asumiendo que el recurso fuera fácilmente disponible, quedaría limitado a casos concretos, como podrían ser algunos pacientes con problemática social.

Jordi Carratalà
Servicio de Enfermedades Infecciosas.
Hospital Universitari de Bellvitge.
L'Hospitalet de Llobregat.
Barcelona. España.

Bibliografía

1. Goenaga MA. Hospitalización a domicilio y neumonía adquirida en la comunidad. *Enferm Infect Microbiol Clin* 2004;22:434.
2. Carratalà J. ¿Hospital o domicilio? Una decisión crucial en el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. *Enferm Infect Microbiol Clin* 2004;22:61-3.
3. Mandell LA, Bartlett JG, Dowell SF, File TM Jr, Musher DM, Whitney C. Update of practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adults. *Clin Infect Dis* 2003;37: 1405-33.
4. Halm EA, Teirstein AS. Management of community-acquired pneumonia. *N Engl J Med* 2002;347:2039-45.
5. Metlay JP, Fine MJ. Testing strategies in the initial management of patients with community-acquired pneumonia. *Ann Intern Med* 2003;138:109-18.

6. 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.
7. Rosón B, Carratalà J, Dorca J, Casanova A, Manresa F, Gudiol F. Etiology, reasons for hospitalization, risk classes, and outcomes of community-acquired pneumonia in patients hospitalized on the basis of conventional admission criteria. *Clin Infect Dis* 2001;33:158-65.
8. Atlas SJ, Benzer TI, Borowsky LH, Chang Y, Burnham DC, Metlay JP, et al. Safely increasing the proportion of patients with community-acquired pneumonia treated as outpatients. An interventional trial. *Arch Intern Med* 1998;158:1350-6.
9. Marrie TJ, Lau CY, Wheeler SL, Wong CJ, Vandervoort MK, Feagan BG. A controlled trial of a critical pathway for treatment of community-acquired pneumonia. *JAMA* 2000;283:749-55.
10. Carratalà J, Fernández-Sabé N, Ortega L, Castellsagué X, Rosón B, Dorca J, et al. Outpatient care compared with hospitalization in low-risk patients with community-acquired pneumonia. 43rd Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Chicago, IL, USA 2003;Abstract L-1597:428.