

Tratamiento de las neumonías extrahospitalarias y hospitalización a domicilio

Sr. Editor: Hemos leído con interés el trabajo de Calbo et al¹ sobre la correlación entre mortalidad y el índice pronóstico de gravedad (IPG) en pacientes afectados de una neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y la correspondencia publicada en relación con este estudio. Nos parecen acertados los comentarios que al respecto apunta Goenaga en su carta² sobre la utilidad de la hospitalización a domicilio (HAD) en la atención de estos enfermos. Por el contrario, queremos exponer nuestro desacuerdo con las afirmaciones de Carratalá en su réplica³.

LA HAD es una alternativa asistencial que se ha mostrado eficaz en el tratamiento de múltiples procesos agudos. Hay una gran variedad de esquemas asistenciales desplegados en las distintas unidades HAD en funcionamiento actualmente, pero uno de los ámbitos más extendidos y con mejores resultados asistenciales en todas ellas es el tratamiento de infecciones con antibioterapia parenteral en el domicilio⁴. Para que un enfermo sea candidato a HAD debe cumplir una serie de criterios⁵ entre los que destaca la existencia de un diagnóstico definido y criterios de estabilidad clínica, es decir, ausencia de signos que hagan prever una evolución clínica desfavorable inminente. Así pues el papel de la HAD en el tratamiento de enfermedades como las NAC se centra obviamente en los pacientes que requieren hospitalización (siempre que cumplan las premisas anteriores) y no en los que pueden ser manejados de forma ambulatoria. A pesar de ello, tal y como proponen Calbo et al⁶, puede ser

de utilidad en la asignación de aquellos casos dudosos (categoría 3 del IPG) en que la existencia de un recurso hospitalario permite un seguimiento más estrecho para detectar los que presenten una evolución posterior desfavorable. El IPG permite una evaluación pronóstica del paciente en el momento de su ingreso. Según nuestra experiencia la contribución principal de la HAD en el tratamiento de enfermedades infecciosas se centra en conseguir el traslado precoz del paciente a la HAD una vez hospitalizado. El estado clínico del paciente varía en el tiempo según responda al tratamiento y la aparición de complicaciones asociadas. Ello hace que los pacientes que a su ingreso presentaban un riesgo elevado, éste vaya disminuyendo progresivamente. El traslado de estos pacientes a la HAD posibilita continuar el tratamiento antimicrobiano parenteral, con apoyo de un equipo asistencial hospitalario y la existencia de un dispositivo de urgencias permanente. Se consigue un ahorro de estancias hospitalarias y una mayor satisfacción de los pacientes y sus cuidadores. Es conocido que bajo unas condiciones clínicas y sociales adecuadas el escenario preferido por la mayoría de enfermos para su tratamiento es el propio domicilio⁷.

Respecto a las afirmaciones de Carratalá sobre la utilidad limitada de la HAD en este tipo de pacientes queremos puntualizar varios aspectos. La HAD ofrece un recurso adicional en el tratamiento de las enfermedades infecciosas. En los últimos años se registra un aumento significativo del número de centros hospitalarios que disponen de este tipo de unidades. Por otra parte, los enfermos que ingresan en la HAD deben cumplir unos crite-

rios clínicos y sociales establecidos para garantizar la seguridad y eficacia de esta modalidad de hospitalización. El camino a seguir en la HAD es el de la estandarización de los procesos clínicos, huyendo de los "casos concretos". Por último, cabe destacar que los pacientes con problemática social por todo lo expuesto anteriormente, no son buenos candidatos a la HAD.

Oriol Estrada, Gloria Bonet,
Cristina Riera y Alfons Cuxart
Unitat d'Hospitalització a Domicili.
Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.
Barcelona. España.

Bibliografía

1. 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 clínicos tradicionales de valoración de la gravedad. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004;22:64-9.
2. Goenaga MA. Hospitalización a domicilio y neumonía adquirida en la comunidad. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004;22:434.
3. Carratalá J. Hospitalización a domicilio y neumonía adquirida en la comunidad. Réplica. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004;22:435-6.
4. Tice A, Rehm S, Dalovisio J, Bradley J, Martinielli L, Graham D, et al. Practice guidelines for outpatient parenteral antimicrobial therapy. *Clin Infect Dis* 2004;38:1651-72.
5. González VJ, Valdivieso B, Ruiz V. Hospitalización a domicilio. *Med Clin* 2002;118:659-64.
6. Calbo E, Garau J. Hospitalización a domicilio y neumonía adquirida en la comunidad. Réplica. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004;22:434-5.
7. Fried TR, van Doorn C, O'Leary JR, Tinetti ME, Drickamer MA. Older persons' preferences for home vs hospital care in the treatment of acute illness. *Arch Intern Med* 2000;160:1501-6.