



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Cartas al Editor

Hospitalización a domicilio en el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en Vitoria-Gasteiz



Home hospitalization in the management of community-acquired pneumonia in Vitoria-Gasteiz

Sr. Editor:

Agradecemos los comentarios suscitados por la reciente publicación de nuestro original¹, lo que nos permite realizar algunas consideraciones sobre la hospitalización a domicilio (HaD) como alternativa a la hospitalización convencional en el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en Vitoria-Gasteiz. La utilización rutinaria de la guía que incorpora el índice PSI en el servicio de urgencias condujo a una disminución significativa del número de ingresos de pacientes con NAC de bajo riesgo y sin justificación aparente, a una mayor adecuación de la decisión del ámbito de tratamiento (ambulatorio u hospitalario) y a mejorar los porcentajes de adecuación y precocidad del tratamiento antibiótico en los pacientes de riesgo moderado-alto (PSI IV-V). Este grupo presentó una tasa de mortalidad inusualmente baja en el segundo año de utilización de la guía. No se modificaron los indicadores de resultado: duración de estancia en el hospital, reingreso a corto plazo, ingreso en la UCI y mortalidad global a los 30 días. Aunque la estancia prolongada suele asociarse a la falta de adhesión a las guías², en nuestro estudio la duración de la estancia en el hospital no se vio influida por la adhesión a las guías evaluadas, resultado similar al publicado por Menéndez et al.³. Estamos de acuerdo en que existen alternativas actuales que han demostrado similares indicadores de resultado a la hospitalización convencional en el manejo de la NAC, como el ingreso en unidades de corta estancia de urgencias o bien el seguimiento a través del servicio de hospitalización a domicilio (HaD)^{4,5}.

El Hospital Universitario de Álava, que engloba 2 hospitales públicos de Vitoria-Gasteiz (Hospital Txagorritxu y Hospital Santiago), dispone de un servicio de HaD desde 1993, que atiende a una población de 250.000 habitantes residentes en la ciudad y en un área circundante de 10 km de radio. Este servicio ha evaluado recientemente la efectividad de HaD tanto en el tratamiento de la exacerbación de la EPOC, con una serie en la que el 9% de los pacientes presentaban neumonía, como en el tratamiento de pacientes con NAC, remitidos desde los servicios de urgencias de ambos hospitales entre 2000 y 2008^{6,7}. En la serie de casos de NAC (327 pacientes, edad media 60,3 años y estancia media de 8,6 días),

la HaD fue efectiva en el 92,3% de los pacientes (85% para los casos con PSI IV-V) y los indicadores de resultado fueron satisfactorios. Dos pacientes murieron en HaD (0,6 y 2,9% de mortalidad global y en el grupo de pacientes PSI IV-V, respectivamente) y 25 (7,6%) fueron reenviados a hospitalización convencional. El grupo de pacientes reenviados presentó menor estancia media y mayor frecuencia de visita en HaD y la mortalidad de los reenviados al hospital fue del 12,5%. Estos datos indican que la HaD identificó de forma precoz la mala evolución de los pacientes, lo que facilitó su traslado a otro ámbito asistencial para instaurar un tratamiento más intensivo; por otro lado, la HaD trató de forma conveniente y en el propio hogar a los pacientes con moderado-alto riesgo vital, subsidiarios de tratamientos no intensivos, sino limitados. Es sabido que el paciente tratado en su domicilio refiere un mayor grado de satisfacción y consigue una recuperación funcional más temprana⁸.

Sabiendo la distribución en clases PSI y los criterios adicionales de las series publicadas de NAC en urgencias y que el 57% de casos de clases PSI IV-V presentan puntuación CURB65 < 3⁹, Regalado et al.⁷ estiman que el 38-48% de casos de NAC atendidos en el servicio de urgencias serían candidatos a ser tratados en HaD por pertenecer a categorías IV-V o inferiores pero con presencia de ciertos criterios adicionales y puntuación CURB-65 < 3.

Teniendo en cuenta todas estas consideraciones, opinamos que la reducción de los ingresos injustificados y la identificación de los pacientes que pueden beneficiarse de las alternativas a la hospitalización convencional, como HaD o las unidades de corta estancia de urgencias, permiten la optimización de los recursos en el manejo de los pacientes con NAC.

Bibliografía

1. Delgado M, Alvarez MM, Carrascosa I, Rodríguez-Velasco M, Barrios JL, Canut A. Uso rutinario del *Pneumonia Severity Index* en el servicio de urgencias: efecto sobre los indicadores de proceso y resultado en neumonía adquirida en la comunidad. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31:289–97.
2. Dambrava PG, Torres A, Vallés X, Mensa J, Marcos MA, Peñarroya G, et al. Adherence to guidelines' empirical antibiotic recommendations and community-acquired pneumonia outcome. *Eur J Respir*. 2008;32:892–901.
3. Menéndez R, Ferrando D, Vallés JM, Vallterra J. Influence of deviation from guidelines on the outcome of community-acquired pneumonia. *Chest*. 2002;122:612–7.
4. Llorens P, Murcia-Zaragoza J, Sánchez-Payá J, Laghaoui F, Reus S, Carratalá-Perales JM, et al. Evaluación de un modelo multidisciplinario de hospitalización alternativo a la hospitalización convencional en la neumonía adquirida en la comunidad. *Emergencias*. 2011;23:167–74.
5. Juan A, Jacob J, Llopis F, Gómez-Vaquero C, Ferré C, Pérez-Mas JR, et al. Análisis de la seguridad y la eficacia de una unidad de corta estancia en el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. *Emergencias*. 2011;23:175–82.
6. Mendoza H, Gómez M, Regalado J, Altuna E, Marcaide MA, Aizpuru F, et al. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en hospitalización a domicilio. *Rev Clin Esp*. 2007;207:331–6.
7. Regalado J, Aizpuru F, Ocea E, de Juan M, Apraiz L, Altuna E, et al. Tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en hospitalización a domicilio: resultado clínico en casos con diferente nivel de gravedad. *Med Clin (Barc)*. 2010;135:47–51.
8. Carratalá J, Fernández-Sabe N, Ortega L, Castellsagú X, Rosón B, Dorca J, et al. Out-patient care compared with hospitalization for community-acquired pneumonia. A randomized trial in low-risk patients. *Ann Intern Med*. 2005;142:165–72.

Véase contenido relacionado en DOIs:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.07.020>,
<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.07.019>

9. Capelastegui A, España PP, Quintana JM, Areitio I, Gorordo I, Egurola M, et al. Validation of a predictive rule for the management of community-acquired pneumonia. *Eur Respir J*. 2006;27:151–7.

Andrés Canut^{a,*} y Miriam Delgado^b

^a Servicio de Microbiología, Hospital Universitario de Álava, Álava, Vitoria, España

^b Servicio de Hospitalización a Domicilio, Hospital Universitario de Álava, Álava, Vitoria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: andres.canutblasco@osakidetza.net (A. Canut).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.09.014>

Influencia del *Pneumonia Severity Index* en la toma de decisiones en el servicio de urgencias



Influence of Pneumonia Severity Index in the decision-making process in the emergency department

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo de Delgado M. et al.¹ donde evalúan diferentes indicadores de proceso y resultado obtenidos al aplicar de forma rutinaria el índice *Pneumonia Severity Index* (PSI) junto con el resto de las recomendaciones de la SEPAR/IDSA^{2,3}. Estos resultados los comparan con otro periodo previo donde no se aplicaban estas guías, evidenciando una disminución de los ingresos de los pacientes con neumonía de bajo riesgo (ingresando el 40% de este grupo —58 pacientes—, y justifican los diferentes motivos de ingreso de estos pacientes), con una estancia hospitalaria y una mortalidad global a los 30 días similar en ambos grupos. En un estudio realizado en nuestro servicio de urgencias hospitalarias (SUH)⁴, donde se recogieron 550 neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) consecutivas durante un año y donde se aplicó de forma rutinaria el PSI y las guías de la SEPAR², de los pacientes con bajo riesgo (PSI I, II y III) se ingresaron el 65% (222 pacientes).

Coincidimos con los autores que, a pesar de aplicar la escala pronóstica, existe un excesivo ingreso de pacientes con NAC incluso con criterios de bajo riesgo. Así el PSI, por un lado, penaliza la edad y las comorbilidades y tampoco valora adecuadamente a los pacientes con EPOC, donde las NAC tienen un peor pronóstico⁵, ni la dependencia funcional. Por otro lado, puede infravalorar la magnitud de la afectación aguda, especialmente en pacientes jóvenes; la presencia de otras variables no englobadas en el PSI —incapacidad de tomar la medicación oral, vómitos importantes, presencia de hipoxemia, problemas psicológicos o sociales que impidan tomar la medicación, adicciones a drogas, infección por el VIH, alcoholismo— puede justificar esta alta tasa de ingresos hospitalarios de pacientes con NAC de bajo grado^{6–8}.

Pero creemos que debemos ser también autocríticos, pues existen causas que no justifican el ingreso de pacientes con NAC de bajo riesgo desde nuestros SUH. Así, la presencia de malestar general o quebrantamiento, la fiebre sintomática, una intensa leucocitosis, el dolor pleurítico, la presencia de un mínimo derrame pleural, la comorbilidad importante asociada, la exacerbación leve de una EPOC o del asma se toman como motivos justificados de ingreso sin serlo en muchas ocasiones. O bien pacientes ancianos con comorbilidad importante, excelente estado general, estabilidad hemodinámica y sin hipoxemia son ingresados por mostrar un PSI de riesgo alto y que, según nuestra opinión, garantizando un control ambulatorio óptimo y precoz tras el alta desde los SUH se evitarían

muchos de estos ingresos manteniendo la calidad asistencial^{9,10}. Por ello, vemos necesario realizar estudios en cuyo diseño tenga cabida la perspectiva de los SUH para conocer las causas de ingreso pacientes con NAC, y en especial para detectar las razones por la que los pacientes con NAC de bajo riesgo de mortalidad quedan ingresados. Probablemente ello nos conduzca a redefinir los criterios de ingreso en la NAC, y que posiblemente deban contemplarse diferentes variables definitorias del PSI.

Bibliografía

1. Delgado M, Alvarez MM, Carrascosa I, Rodríguez-Velasco M, Barrios JL, Canut A. Uso rutinario del *Pneumonia Severity Index* en el servicio de urgencias: efecto sobre los indicadores de proceso y resultado en neumonía adquirida en la comunidad. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31:289–97.
2. Alfageme I, Aspa J, Bello S, Blanquer J, Blanquer R, Borderías C, et al. Normativas para el diagnóstico y el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad Sociedad Española de Neumología y Cirugía torácica (SEPAR). *Arch Bronconeumol*. 2005;41:272–89.
3. Mandell LA, Bartlett JG, Dowell SF, File Jr TM, Musher DM, Whitney C. Infectious Diseases Society of America Update of practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adults. *Clin Infect Dis*. 2003;37:1405–33.
4. Llorens P, Murcia J, Laghzaoui F, Martínez-Beloqui E, Pastor R, Marquina V, et al. Estudio epidemiológico de la neumonía adquirida en la comunidad diagnosticada en un servicio de urgencias: ¿influye el índice de Fine en la toma de decisiones? *Emergencias*. 2009;21:247–54.
5. Restrepo MI, Mortensen EM, Pugh JA, Anzueto A. COPD is associated with increased mortality in patients with community-acquired pneumonia. *Eur Respir J*. 2006;28:346–51.
6. Julián Jiménez A. ¿Cuándo y dónde ingresar las neumonías adquiridas en la comunidad? *Emergencias*. 2011;23:161–3.
7. Ferré Losa C, Llopis Roca F, Jacob J, Juan Pastor A, Palom Rico X, Bardés I. Evaluación de la utilidad de la tinción de Gram del esputo para el manejo de la neumonía en urgencias. *Emergencias*. 2011;23:108–11.
8. 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.
9. Llorens Soriano P, Murcia-Zaragoza J, Sánchez-Payá J, Laghzaoui F, Reus S, Carratalá-Perales JM, et al. Evaluación de un modelo multidisciplinar de hospitalización alternativa a la hospitalización convencional en la neumonía adquirida en la comunidad. *Emergencias*. 2011;23:167–74.
10. Juan Pastor A, Jacob J, Llopis Roca F, Gómez-Vaquero C, Ferré Losa C, Pérez Mas JR, et al. Análisis de la seguridad y la eficacia de una unidad de corta estancia en el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. *Emergencias*. 2011;23:175–82.

Pere Llorens^{a,*}, Francisco Román^a, Esperanza Merino^b y Joaquín Portilla^{b,c}

^a Servicio de Urgencias, Unidad de Corta Estancia y UHD, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^b Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: llorens.ped@gva.es (P. Llorens).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.07.020>