



Hospitalización de las neumonías adquiridas en la comunidad

Sr. Director: Hemos leído con gran interés el editorial de Capelastegui publicado recientemente en su Revista¹ y quisiéramos hacer algunos comentarios. Como bien comenta el autor, existe una gran variabilidad en cuanto a la tasa de hospitalización de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) entre distintos centros hospitalarios, la cual puede ser debida, en gran parte, a las características de la población y del entorno a los que asisten, sus recursos sanitarios disponibles y la interacción del clínico.

En los ancianos la incidencia de NAC es mucho más elevada que en la población general, lo que ha hecho establecer una clásica asociación entre esta entidad y la edad avanzada. Es más, la tasa de hospitalización por NAC es muy superior en la población anciana, dado que en la práctica clínica, por lo general, la edad avanzada se considera un criterio de hospitalización. Gran número de publicaciones que identifican factores pronósticos de NAC han asociado de forma independiente la edad avanzada, entre otros factores, a mortalidad². La NAC del anciano, dada su alta incidencia, tiene unas repercusiones sociosanitarias de gran importancia, representado una de las principales causas de muerte en este grupo de edad y con unas características peculiares que la diferencian de la NAC de la población general. La edad, por sí misma, no es el único factor ni tan siquiera el más determinante, de la alta mortalidad de la NAC del anciano. Otros factores, frecuentemente presentes en este grupo de edad, tienen un papel más relevante. Así, la mayor carga de enfermedades subyacentes y una respuesta inadecuada a la infección, propias del proceso de envejecimiento, son factores pronósticos

más decisivos que la edad en sí misma.

Diversos organismos y sociedades científicas, como la British Thoracic Society (BTS)³, American Thoracic Society (ATS)⁴ y Pneumonia Patients Outcome Research Team (PORT)⁵, han publicado distintos índices predictivos de mortalidad asociada a NAC, que han sido generados a partir de la población general, siendo herramientas útiles para determinar el pronóstico y, por tanto, identificar a diferentes grupos de riesgo. No obstante, estos índices pudieran no ser adecuados para valorar el pronóstico cuando se aplican a pacientes ancianos, ya que no consideran las especiales características etiológicas, clínicas y evolutivas de la NAC en este grupo de edad. La edad avanzada no debe considerarse un elemento aislado de decisión para la hospitalización, dado que, probablemente, la NAC en el anciano representa un grupo heterogéneo de pacientes cuyo pronóstico debería definirse más por la capacidad funcional, el estado nutricional y el bienestar sociofamiliar que por la edad propiamente dicha. En este sentido, los índices pronósticos clásicos de NAC, generados a partir de población general adulta, no contemplan dichas características y, por tanto, resultan poco útiles para identificar a ancianos con NAC de bajo riesgo en los cuales no sería necesario el ingreso hospitalario.

Recientemente hemos publicado una regla discriminante predictiva de evolución de la NAC en pacientes ancianos, que ha sido generada por análisis multivariante a partir de población exclusivamente de edad avanzada y que incorpora características peculiares de este grupo poblacional, lo que permite la correcta identificación de un subgrupo de pacientes con evolución favorable que no necesitarían hospitalización⁶. De este modo, los pacientes ancianos diagnosticados de NAC en el área de urgencias con buena capacidad funcional, sin enfermedades crónicas debilitantes activas, sin criterios de gravedad (insuficiencia respiratoria, inestabilidad hemodinámica, afección multilobar, derrame pleural, complicaciones sépticas extrapulmonares) y

con una adecuada integración sociofamiliar pueden ser tratados y seguidos de forma ambulatoria sin necesidad de hospitalización. Esta estrategia ha demostrado sus ventajas en cuanto a ser clínicamente segura, mantener al paciente en su entorno y un óptimo aprovechamiento de los recursos sanitarios.

**M.A. García Ordóñez^a
y B. Poyato González^b**

^aServicio de Medicina Interna.
Hospital de Antequera. Málaga. España.
^bUnidad de Neumología.
Hospital de Antequera.
Málaga. España.

1. Capelastegui A. Cuándo ingresar una neumonía adquirida en la comunidad. Arch Bronconeumol 2002;38:549-51.
2. Fine MJ, Smith MA, Carson LA, Mutha SS, Sankey SS, Weissfeld LA, et al. Prognosis and outcomes of patients with community-acquired pneumonia. A meta-analysis. JAMA 1995;274:134-41.
3. MacFarlane J, Boswell T, Douglas G, Finch R, Holmes W, Honeybourne D, et al. BTS guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults. Thorax 2001;156(Suppl 4):1-64.
4. Niederman MS, Mandell LA, Anzueto A, Bass JE, Broughton WA, Campbell GD, et al. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention. Am J Respir Crit Care Med 2001;163:1730-54.
5. 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.
6. García Ordóñez MA, García Jiménez JM, Páez F, Álvarez F, Poyato B, Franquelo M, et al. Clinical aspects and prognostic factors in elderly patients hospitalised for community-acquired pneumonia. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2001;20:14-9.