

Neumonía adquirida en la comunidad en pacientes frágiles

Sr. Editor:

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una de las principales patologías infecciosas en el anciano, con una incidencia anual para pacientes no institucionalizados entre un 25-44 por 1.000 y con una mortalidad superior al 30%^{1,2}.

El objetivo de este estudio fue analizar las características de la NAC en pacientes mayores de 85 años (se han excluido los pacientes procedentes de centros sociosanitarios) que han ingresado en un servicio de medicina interna durante un período de 30 meses. Se han estudiado las características demográficas, las manifestaciones clínicas, los datos analíticos, el tratamiento y la evolución.

De los 751 pacientes que ingresaron durante este período por NAC, 134 (18%) fueron mayores de 85 años, 72 mujeres y 62 varones, con una edad media \pm desviación estándar de 89, 5 \pm 3 años. La incidencia ajustada por la edad fue de 216 casos /10.000 habitantes-año. Del medio urbano, procedían el 84% de los pacientes. Tenía antecedentes de antibioterapia previa al ingreso el 34%. Las comorbilidades encontradas fueron: enfermedad pulmonar obstructiva crónica 31%, demencia 26%, cardiopatía isquémica 25%, neoplasias 24%, neumonías previas 23%, diabetes mellitus 18%, enfermedad cerebrovascular previa 16%, tabaquismo 5% e insuficiencia renal crónica 5%. Entre las manifestaciones clínicas se observaban: disnea 75%, malestar general 60%, tos y expectoración 58%, fiebre 49%, taquicardia 31%, alteración del nivel de conciencia 30%, edemas 21% y dolor pleurítico 8%.

Presentaron índice de severidad de neumonía de Fine et al³: Fine III (25%), Fine IV (26%) y Fine V (49%).

La radiología de tórax se realizó a todos los pacientes; se objetivó neumonía lobular en el 91% (en el 75% afectaba a un solo lóbulo), bronconeumonía en el 9% y derrame pleural asociado a la neumonía en el 8%.

El diagnóstico etiológico se obtuvo en el 27%; los gérmenes más frecuentes fueron *Streptococcus pneumoniae* 58%, *Haemophilus influenzae* 25%, *Staphylococcus aureus* 11% y *Enterobacteriaceae* 6%.

No se encontró ningún *Streptococcus pneumoniae* resistente a penicilina.

El tratamiento antibiótico durante el ingreso fue con fluoroquinolonas 70%, cefalosporinas de tercera genera-

ción 20%, amoxicilina-ácido clavulánico 7%, aminoglucósidos 6% y macrólidos 4%. En el 45% de los pacientes se emplearon asociaciones de 2 o más antibióticos; la asociación de fluoroquinolonas con cefalosporinas de tercera generación fue la más utilizada. La estancia media \pm desviación estándar fue de 8,5 \pm 7,3 días; la mortalidad intrahospitalaria fue del 28% y se correlacionó con la edad, el índice de severidad de neumonía de Fine y la presencia de comorbilidad.

La población anciana presenta más predisposición a presentar neumonía debido a una disminución de la función mucociliar, al deterioro de la función inmunitaria y a la presencia de cierta disfunción cardiopulmonar^{4,5}.

Los cambios fisiológicos asociados a edad, así como las enfermedades asociadas, pueden influir en la presencia o ausencia de manifestaciones clínicas o marcadores biológicos que pueden indicar el grado de severidad de la neumonía. El paciente anciano no presenta manifestaciones típicas, a menudo el dolor pleurítico es inexistente, al igual que la ausencia de fiebre o la presencia de estado confusional. La tríada clásica de tos, disnea y fiebre sólo está presente en un 56% y un 10% de los sujetos no presenta ninguno de estos síntomas⁶⁻⁸.

En nuestro estudio, *Streptococcus pneumoniae* fue el germen más frecuente, seguido de *Haemophilus influenzae*, *Enterobacteriaceae* y *Staphylococcus aureus*. Estos resultados son similares a los de estudios previos¹⁻⁷.

El tratamiento inicial suele ser empírico, la selección del antibiótico se debe basar en la severidad del proceso, la posible etiología, las resistencias conocidas a *S. pneumoniae* así como las distintas comorbilidades asociadas. La duración del tratamiento habitualmente es de 10-14 días⁹. La mortalidad de la neumonía aumenta con la edad, pero no es exclusiva de ella, estando también relacionada con la situación funcional, el estado nutricional, el deterioro cognitivo y la presencia de enfermedades asociadas^{1,7}.

Juan Marti e Iñaki Novo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Zumarraga.
Zumarraga. Gipuzkoa. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres OH, Muñoz J, Ruiz D, Ris J, Gich I, Coma E, et al. Outcome predictors of pneumonia in elderly patients: importance of functional assessment. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52:1603-9.
2. Janssens JP. Pneumonia in the elderly (geriatric) population. *Current Opinion in Pul Med.* 2005;11:226-30.
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. Janssens J, Gauthey L, Herrmann F, Tkatch L, Michel JP. Community-acquired pneumonia in older patients. *J Am Geriatr Soc.* 1996;44:539-44.
5. Cunha BA. Pneumonia in the elderly. *Clin Microbiol Infect.* 2001;7:581-8.
6. Loeb M. Pneumonia in the elderly. *Curr Op Pulm Med.* 2004;7:127-30.
7. Janssens JP, Krause KH. Pneumonia in the very old. *Lancet Infect Dis.* 2004;4:112-24.
8. Myint PK, Kamath AV, Vowler SL, Maisey DN, Harrison BDW. The CURB (confusion, urea, respiratory rate and blood pressure) criteria in community acquired pneumonia, (CAP) in hospitalised elderly patients aged 65 years and over: a prospective observational cohort study. *Age Ageing.* 2005;34:75-7.
9. Bartlett JG, Dowell SF, Mandel LA, File TM, Musher DM, Fine MJ. Practice Guidelines for the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. *Clin Infect Dis* 2000;31:347-82.

Fe de errores

En el artículo «Ortogeriatria en pacientes agudos (II): aspectos clínicos». (*Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43[5]:316-29), en las distintas partes del texto y en las tablas, *donde dice* “delirio” *debe decir* “delirium”. Asimismo, en la página 321, primer párrafo, *donde dice* “En pacientes mayores de 70 años, con antecedentes...” *debe decir* “En pacientes mayores de 70 años con antecedentes...”. En la página 325, segundo párrafo, *donde dice* “b) la provisión de grados de recuperación funcional...” *debe decir* “b) la provisión de niveles de recuperación funcional...”.