



EDITORIAL

¿Es adecuado ingresar a los ancianos con neumonía en las Unidades de Corta Estancia?

Is it appropriate to admit elderly patients with pneumonia to short-stay units?

Olga H. Torres Bonafonte* y Domingo Ruiz Hidalgo

Unidad de Geriatria, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una enfermedad aguda que representa un importante problema de salud entre los ancianos. Su incidencia aumenta claramente con la edad, siendo entre los ancianos españoles la sexta causa de muerte y el cuarto diagnóstico más frecuente al alta de los hospitales de agudos¹. Por todo ello, la NAC es la enfermedad infecciosa que representa un mayor coste económico para los sistemas de salud, a expensas principalmente de los ingresos hospitalarios cuyos costes se correlacionan de forma muy estrecha con la duración de la estancia hospitalaria².

En los últimos 15 años múltiples trabajos se han centrado en medidas para reducir la estancia hospitalaria de los pacientes con NAC manteniendo los niveles de calidad adecuados. Para ello se han aplicado guías de práctica clínica que incluyen la evaluación de la gravedad para decidir el ingreso hospitalario, la administración adecuada y precoz de antibióticos, el paso temprano a vía oral, criterios de estabilidad clínica, etc³. Con estos métodos, Capelastegui et al demostraron en nuestro medio una marcada reducción de la estancia hospitalaria (dos días) de forma segura, incluso en pacientes ancianos³. Aún así, tanto este como otros trabajos excluyen pacientes inmunodeprimidos o especialmente graves e identifican factores que se asocian a una estancia prolongada como la edad avanzada², el alcoholismo², la gravedad de la NAC^{2,3}, las comorbilidades⁴, la neumonía asociada al cuidado sanitario (NACS)⁵, la neumonía aspirativa², la afectación bilateral o multilobar³, el derrame pleural complicado², el fracaso terapéutico³, el tiempo transcurrido hasta la estabilidad clínica² y las complicaciones en las primeras 72 horas⁴.

Las Unidades de Corta Estancia (UCE) nacen para mejorar la eficiencia de determinados procesos prevalentes estrechamente ligados a la atención urgente. Entre los factores identificados para el correcto funcionamiento de las UCE se ha destacado la adecuada selección de los pacientes⁶. Así pues, el trabajo de Ferré et al invita a la reflexión en torno a algunas cuestiones prácticas.

En primer lugar, cabe plantearse si los ancianos con NAC son pacientes adecuados para ingresar en una UCE. Ferré et al analizan

de forma retrospectiva la experiencia del ingreso de 175 ancianos con NAC. Hasta el momento disponíamos de literatura sobre el papel de las UCE españolas en patologías médicas⁷ y en la propia NAC⁸, pero los datos que nos aportan Ferré et al nos muestran que pacientes con NAC de edad muy avanzada (edad media de 84 años y prácticamente el 40% \geq 85 años) podrían ingresar en una UCE con una estancia media de 3 días, siendo el 69% dados alta a domicilio tras no más de 4 días de ingreso⁹. En vista de estos resultados, aunque la estancia media de la NAC en España sea de 9,8 días en los mayores de 65 años¹, se evidencia que existe un grupo de ancianos con NAC que pueden ser adecuados para ingresar en una UCE.

La cuestión relevante es cómo identificar a los ancianos que son tributarios al ingreso en una UCE. Las escalas de estratificación de la NAC, como el Índice de Fine o *Pneumonia Severity Index* (PSI)¹⁰ y el CURB-65¹¹, pueden servir de guía para establecer el ámbito asistencial más idóneo de atención. En ellas se establece un perfil de pacientes (PSI clase III o puntuación de 2 en el CURB-65) a los que se recomienda el tratamiento ambulatorio con supervisión hospitalaria versus un ingreso corto¹⁰⁻¹². Ferré et al concluyen que la UCE puede considerarse una alternativa a la hospitalización convencional en pacientes ancianos con NAC de las clases III y IV de Fine. Sin embargo, dada la elevada edad media de los pacientes estudiados, muchos pueden haber sido asignados a la clase III únicamente debido a la puntuación por edad y a la IV por la edad junto con otro ítem del PSI⁹. Por ello, no sorprende que la mortalidad sea menor a la esperada en estos grupos de riesgo. De hecho, la decisión de ingreso en un hospital no depende exclusivamente del riesgo de mortalidad sino de otros factores tanto o más importantes como la disponibilidad del recurso, la necesidad de seguimiento, la aplicación del tratamiento y los factores sociales¹⁰. El criterio de los médicos de urgencias al seleccionar los pacientes para ingreso en la UCE fue importante tanto para evitar ingresos innecesarios en pacientes de la clase III como situaciones de riesgo en los de clase IV. Desafortunadamente, al tratarse de un estudio retrospectivo no podemos conocer en base a qué se seleccionaron los pacientes para ingreso en UCE. Aún así, los autores identifican dos interesantes características en pacientes con estancia prolongada: la neumonía por aspiración y la institucionalización⁹. Ambas han sido previamente relacionadas con ingresos prolongados^{2,5} y nos dibujan un

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: otorres@santpau.cat (O.H. Torres Bonafonte).

perfil de paciente anciano especialmente frágil y probablemente con mayor dependencia funcional. Desde la perspectiva actual podríamos considerar que el trabajo incluyó a pacientes con NAC que ahora pudieran clasificarse como NACS. Sin embargo, tanto las evidencias en pacientes con neumonía^{5,13} como en pacientes ingresados en UCE¹⁴ nos muestran la importancia pronóstica del estado funcional en los ancianos. De hecho, hasta el propio concepto de NACS se ha cuestionado, proponiéndose en cambio clasificar a los ancianos con NAC según el grado de dependencia funcional⁵. De este modo, una sucinta valoración de aspectos geriátricos como el estado funcional, el riesgo de aspiración y el lugar de residencia de los pacientes, pudiera mejorar la adecuación de ingreso en las UCE.

No obstante, más allá de las cuestiones previas, lo que nos debemos preguntar es si realmente las UCE son un lugar adecuado para tratar a los ancianos con NAC. Durante la hospitalización convencional los ancianos tienen 5 veces más riesgo de complicaciones iatrogénicas que los jóvenes, así como mayor riesgo de deterioro funcional y delirium. Parece por tanto que la estancia más corta en la UCE pudiera disminuir los riesgos relacionados con la hospitalización¹⁴. En sentido contrario, los ancianos son especialmente vulnerables ante los efectos nocivos de un alta prematura³ y existe el riesgo de reducir los costes hospitalarios a cambio de aumentar los costes tras el alta⁴, p. ej. en el estudio de Ferré et al, el 12,5% de los pacientes fueron dados de alta a centros de convalecencia⁹. Para poder realmente demostrar que las UCE suponen una alternativa a la hospitalización convencional u otros recursos se debieran realizar estudios en forma de ensayo clínico randomizado, pero factores como las preferencias frente al ingreso de los pacientes o la disponibilidad de recursos dificultan ampliamente este tipo de estudios. Ante ello, son necesarios estudios prospectivos y de intervención que nos permitan vislumbrar tanto las ventajas del ingreso en UCE versus otras modalidades de tratamiento (hospitalización convencional o a domicilio, seguimiento intensivo hospitalario, etc.) como las necesidades antes, durante y después del ingreso en una UCE de los ancianos con NAC¹⁵. No debemos olvidar que la NAC, pese a tratarse de una enfermedad aguda, se asocia en los ancianos a declive funcional y mayor mortalidad a largo plazo¹³.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2009. En: INEbase. Salud [Acceso 15/3/2011]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p414&file=inebase&L=0>.
2. García-Vidal C, Carratalà J, Díaz V, Dorca J, Verdaguier R, Manresa F, et al. Factores relacionados con una estancia media hospitalaria prolongada en la neumonía adquirida en la comunidad. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2009;27:160-4.
3. Capelastegui A, Espana PP, Quintana JM, Gallarreta M, Gorordo I, Esteban C, et al. Declining length of hospital stay for pneumonia and postdischarge outcomes. *Am J Med*. 2008;121:845-52.
4. Menéndez R, Ferrando D, Vallés JM, Martínez E, Perpiñá M. Initial risk class and length of hospital stay in community-acquired pneumonia. *European Respiratory Journal*. 2001;18:151-6.
5. Ewig S, Welte T, Chastre J, Torres A. Rethinking the concepts of community-acquired and health-care-associated pneumonia. *Lancet Infect Dis*. 2010;10:279-87.
6. Torres M, Capdevila JA, Armario P, Montull S. Grupo de trabajo de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña. Alternativas a la hospitalización convencional en Medicina Interna. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:620-6.
7. Guirao R, Sempere MT, López I, Sendra MP, Sánchez J. Unidad Médica de Corta Estancia, una alternativa a la hospitalización convencional. *Rev Clin Esp*. 2008;208:216-21.
8. Noval J, Campoamor MT, Avanzas E, Galiana D, Moris J. ¿Son las unidades de corta estancia médica un lugar adecuado para tratar la neumonía adquirida en la comunidad? *An Med Interna*. 2006;23:416-9.
9. Ferré C, Juan A, Llopis F, Jacob J, Bardés I, Salazar A. La unidad de corta estancia como alternativa a la hospitalización convencional en el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en la población mayor de sesenta y cinco años. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011.
10. 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.
11. Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: An international derivation and validation study. *Thorax*. 2003 May;58:377-82.
12. Loke YK, Kwok CS, Niruban A, Boersma WG, Karalus N, Town GI, et al. Value of severity scales in predicting mortality from community-acquired pneumonia: Systematic review and meta-analysis. *Thorax*. 2010;65:884-90.
13. 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.
14. Fernández C, Martín FJ, Fuentes M, González J, Verdejo C, Gil P, et al. Valor pronóstico de la valoración funcional al ingreso en una unidad de corta estancia de Urgencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45:63-6.
15. Baldie DJ, Entwistle VA, Davey PG. The information and support needs of patients discharged after a short hospital stay for treatment of low-risk community acquired pneumonia: Implications for treatment without admission. *BMC Pulm Med*. 2008;8:11.