

## Neumonías y mortalidad en geriátricos

**Autor:** Oscar Rizzo

Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer

**Correspondencia:**

Oscar Rizzo  
Domicilio postal: Finochietto 849 CABA.  
E-mail: oscar.rizzo@gmail.com

### Al Editor:

En el número del mes de agosto de este año de la Revista Americana de Medicina Respiratoria se ha publicado un trabajo de Leda Guzzi y colaboradores titulado "Mortalidad en pacientes con neumonía provenientes de geriátrico: estudio caso-control"<sup>1</sup> que aporta respuestas y nuevos interrogantes al tema de neumonía en el anciano proveniente de geriátrico y sobre todo en relación a la denominada neumonía asociada a los cuidados de la salud (NACS).

Es crucial en el momento de la toma de decisiones conocer los riesgos potenciales del paciente, para adecuar el sitio de internación así como definir el tratamiento antibiótico a instituir<sup>2</sup>.

Existen preguntas que necesitamos responder en ese momento, ¿debemos internar al paciente en el área de cuidados intensivos?, ¿es necesario contemplar un esquema que cubra microorganismos multiresistentes?

Los ancianos constituyen una población de alto riesgo, pero ¿ese riesgo se ve incrementado si el paciente proviene de un geriátrico?

Un estudio como el de Leda y col, "caso-control", nos da la perspectiva de poder comparar poblaciones etarias semejantes y permite ver las diferencias en el pronóstico y evolución de los pacientes que provienen de un geriátrico y aquellos que lo hacen de sus hogares.

El primer dato impactante es la diferencia significativa en la mortalidad global en ambos grupos de pacientes, 50% en los casos estudiados y 26% en el grupo control, claramente los pacientes provenientes del geriátrico se mueren más.

Con este dato la pregunta que surge rápidamente es ¿por qué se mueren más?

Una aproximación a la respuesta es que se mueren más porque tienen un *score* de severidad más elevado, y el análisis multivariado demostró que el accidente cerebro vascular (ACV) es la comorbilidad que más se asocia a la mortalidad en los pacientes provenientes de geriátricos, los

otros parámetros tales como la urea elevada, la hipotensión arterial y el estado mental alterado se asocian a falla hemodinámica temprana.

¿Por qué ACV y no EPOC o insuficiencia cardíaca? Solo podemos especular en este sentido que los pacientes que vienen de un geriátrico probablemente son los que no pueden auto cuidarse y se encuentran en peores condiciones clínicas. En un estudio retrospectivo es muy difícil saber la gravedad y extensión del ACV previo.

El otro dato interesante que surge de este trabajo es que no se mostró una tasa incrementada de bacterias multiresistentes. En este sentido me parece que el número de casos (30) es insuficiente, y el aislamiento bacteriológico muy bajo para poder concluir con seguridad que estos pacientes tienen la misma microbiota pulmonar que los controles.

En definitiva, creo que es un trabajo muy interesante, que nos muestra un aspecto de la realidad de los gerontes provenientes de geriátricos, pero que es necesario realizar estudios prospectivos que nos permitan tener un número mayor de casos, buscar variables clínicas y de laboratorio para caracterizar mejor esta población creciente de pacientes y poder contestar las preguntas que formulé al inicio de esta carta.

**Conflicto de intereses:** El autor ha participado en congresos de la especialidad neumonología y en particular infecciones respiratorias en la Argentina y en el exterior durante los últimos 10 años, con la financiación de Tuteur y Astra. Realiza investigaciones clínicas con el financiamiento de Boehringer.

### Bibliografía

1. Guzzi L, Lopardo G, Espinola L, Niccodemi MC, Barcelona L, Ramírez J, grupo CAPO. Mortalidad en pacientes con neumonía provenientes de geriátrico: estudio caso-control. Rev Am Resp Med 2013; 3: 133-139.
2. American Thoracic Society/Infectious diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital acquired, ventilator associated, and healthcare-associated pneumonia. Am J Respir Crit Care Med 2005; 171(4): 388-416.