



## Neumonías asociadas a instituciones de "cuidado de la salud"

Revisión de Carlos H. Bevilacqua

En una carta de lectores publicada en *Arch Intern Med* 2008; 168 (1): 109-110, algunos colegas de la Sociedad Italiana de Medicina Interna hacen referencia a un artículo reciente (2007) publicado en la misma revista por *Carratalá et al.*<sup>1</sup>, a propósito de un tema que adquirió relevancia en los últimos años: «Neumonías asociadas a instituciones de cuidado de la salud».

Obviamente esta entidad difiere de:

- Neumonía de la comunidad
- Neumonía nosocomial
- Neumonía asociada al respirador

Se la define como la neumonía adquirida por pacientes con alguno de los siguientes criterios:

1. Atendidos en un hospital, con sesiones de hemodiálisis o quimioterapia en los últimos 30 días.
2. Internados en un hospital de agudos durante un mínimo de 48hs en los últimos 180 días.
3. Residente de un centro geriátrico o de internación prolongada.

Las diferencias no sólo alcanzan lo epidemiológico, sino que también se manifiestan en los «rescates» bacteriológicos, la evolución y su pronóstico.

Es una condición usualmente más severa, que demanda estadías más prolongadas en el hospital. También se observa mayor prevalencia de *staphylococcus aureus* y un peor pronóstico.

Constituyen alrededor de un 30% de los pacientes antes considerados como neumonías de la comunidad, pero presentan mayor incidencia de desnutrición, y es frecuente el empleo previo de inhibidores de la secreción ácida gástrica y de medicaciones aerosolizadas. Exhiben scores de severidad mayores que las neumonías de la comunidad (SOFA<sup>2</sup> más alto con  $p < 0,001$ ), y es más frecuente la extensión bilateral de los infiltrados. El hallazgo del *staphylococcus aureus* alcanza casi al 50% (vs. 17% en la neumonía de la comunidad. Esto último adquiere primordial importancia al momento de decidir el tratamiento antibiótico inicial.

Un artículo de *Kollef MH et al.* se refiere a estas diferencias (*Chest* 2005; 128 (6): 3854-3862), y un set de diapositivas (PPT en español), que el autor empleara en el Congreso del ICAAC de 2004, está disponible sin cargo en la web:

[http://www.microbosome.com/resumenes/infecciones\\_bacterianas\\_grampositivas.ppt](http://www.microbosome.com/resumenes/infecciones_bacterianas_grampositivas.ppt)

También Kumiko Hiramatsu & Michael Niederman se refieren a este tema en un «elegante» comentario:

Health-Care - Associated Pneumonia - A New Therapeutic Paradigm

El acceso libre a su versión completa esta disponible en la siguiente dirección web:

<http://www.chestjournal.org/cgi/content/full/128/6/3784>

El score de SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) incluye los siguientes parámetros:

	0	1	2	3	4
$P_aO_2 / F_iO_2$	> 400	< 400	< 300	< 200	< 100
Bilirrubinemia	1,1	1,2 – 1,9	2 – 5,9	6 – 11,9	> 12
Presión arterial	PAM > 70	PAM < 70	Dopa < 5	Dopa > 5 o Nora < 0,1	Dopa > 15 Nora > 0,1
Creatininemia o Diuresis	< 1,1	1,2 – 1,9	2 – 3,4	3,5 – 4,9 o < 500ml/día	> 5 o < 200ml/día
Glasgow	15	13 – 14	10 – 12	6 - 9	< 6

Un sencillo software online «calculador» de este score puede obtenerse en:

<http://www.sfar.org/scores2/sofa2.html>

## Referencias

1. Carratalá J et al. Health care associated pneumonia requiring hospital admission: epidemiology, antibiotic therapy and clinical outcomes. *Arch Intern Med* 2007;167 (13): 1393-9.
2. Vincent JL, de Mendonca A, Cantraine F, et al. Working group on «sepsis-related problems» of the European Society of Intensive Care Medicine. Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of a multicenter, prospective study. *Crit Care Med* 1998; 26: 1793-800.