



692 - ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EN NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD SEGÚN DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO

Cristina Sánchez del Hoyo¹, Mónica Bru Arca¹, Jeisson Andrey del Toro Santibáñez¹, Inés Salazar Lozano¹, Luis Cabezudo Molleda¹, Elisa Álvarez Artero¹ y Miguel Martín Asenjo²

¹Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia. ²Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Resumen

Objetivos: Conocer si la solicitud de pruebas de diagnóstico etiológico, aunque sean de baja rentabilidad, tienen influencia en el ajuste antimicrobiano empírico en la neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

Métodos: Se analiza retrospectivamente 173 ingresos por neumonía de la comunidad durante el año 2019 (se evita la pandemia por SARS-CoV-2) en los servicios de Medicina Interna (75), neumología (75) y otros servicios médicos (cardiología, hematología, nefrología y oncología, 23), las pruebas de diagnóstico etiológico solicitadas al ingreso: hemocultivo, cultivo de esputo y antígeno de neumococo y la antibioterapia empírica y secuencial. Se excluye el diagnóstico de neumonía por aspiración.

Resultados: Solo el 33,5% de los pacientes (58) tuvieron un tratamiento antimicrobiano empírico al inicio adecuado según las recomendaciones de las guías clínicas y ajustado a la gravedad. El resto estaban por encima del espectro recomendado. La probabilidad de que se realice un cambio de tratamiento es 6 veces mayor en los pacientes con solicitud de antígeno de neumococo ($p < 0,05$) independientemente de su resultado. Sin embargo, no existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes a los que se les solicita hemocultivo y los que no, en cuanto a secuenciación del tratamiento antibiótico ($p = 0,8$). Existe relación estadísticamente significativa entre haber solicitado cultivo de esputo (independientemente de su resultado) y la secuenciación del tratamiento antibiótico ($p < 0,05$). Además, en los pacientes en los que se inicia tratamiento solo con cefalosporina o solo con quinolona, la media de días de ingreso es 2,2 días menor que en los que se sobrepasa el tratamiento empírico recomendado ($p < 0,05$), sin que esto tenga relación con la gravedad al ingreso por FINE ($p = 0,4$).

Discusión: La rentabilidad de los hemocultivos es menor de un 20% en los pacientes con NAC, y el antígeno de neumococo en orina tiene una sensibilidad entorno al 60%. Sin embargo, en nuestro medio se solicitan con más frecuencia que el cultivo de esputo porque la obtención de la muestra óptima es más fácil. En un medio en el que el 66% de los tratamientos antimicrobianos empíricos exceden el espectro, es importante buscar estrategias que nos ayuden a ajustar el tratamiento empírico y a desescalarlo en cuanto sea posible.

Conclusiones: 1. El hecho de solicitar un antígeno de neumococo en orina supone influye en el

tratamiento secuencial durante el ingreso, independientemente de su resultado. 2. El ajuste de la antibioterapia empírica a las guías clínicas desde el inicio disminuye la estancia media independientemente del estado de gravedad. 3. Es necesario valorar dentro de un PROA una estrategia de ayuda al diagnóstico y la prescripción en el ingreso del paciente con NAC en nuestro medio para optimizar el diagnóstico microbiológico y ajustar el tratamiento antimicrobiano.

Bibliografía

1. PROACYL <https://proacyl.vercel.app>.
2. Metlay *et al.* Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2019;200:e45-e67.