



678 - ESTUDIO DE INTERVENCIÓN EN PACIENTES CON INGRESO POR NEUMONÍA AGUDA COMUNITARIA

María Dolores Galán Azcona¹, María Milagros Castillo Matus¹, Rosa Anastasia Garrido Alfaró¹, Francisco Ruíz Ruíz¹, Francisco de Asís García Colchero¹, María de la Luz Calero Bernal¹, María Victoria Ruiz Romero² y María del Rocío Fernández Ojeda^{1,3}

¹Servicio de Medicina. Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos (Sevilla). ²Unidad de Calidad e Investigación. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos (Sevilla). ³Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios, Universidad de Sevilla, Bormujos (Sevilla).

Resumen

Objetivos: La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es la primera causa de mortalidad infecciosa y cuarta causa de muerte mundial¹⁻³, con una incidencia anual en España 2-10 casos/1.000 habitantes. El objetivo del estudio es determinar variables predictoras de mal pronóstico en pacientes ingresados con NAC, con el fin de mejorar resultados en salud.

Métodos: Estudio prospectivo de intervención en pacientes ingresados por NAC en un hospital comarcal. Criterio de exclusión NAC por aspiración y por micobacterias. Variables analizadas: uso de soporte ventilatorio, rastreo microbiológico, patrón radiológico y antibioterapia según guía antimicrobiana intrahospitalaria. Otras variables: edad, sexo, índice de Barthel, índice CURB-65, presencia de comorbilidades como tabaquismo, enolismo, otras drogas, inmunodepresión, enfermedad neoplásica activa, insuficiencia cardíaca crónica, insuficiencia hepática crónica, insuficiencia renal crónica, déficit neurológico previo, EPOC, diabetes *mellitus* tipo 2, disfagia previa, tratamiento con inmunosupresores o corticoides y hospitalizaciones en el año previo. Datos analizados en SPSS.

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes ingresados con NAC, el 53,2% hombres con edad media de 73 años. Un 12,5% institucionalizados con una media de índice de Barthel de 81 puntos y media de 3 tipos de comorbilidades previas, las más frecuentes: dependencia previa (34%), insuficiencia cardíaca crónica (34%), ingreso previo en menos de un año (24%), enolismo (29,8%), diabetes *mellitus* tipo 2 (25,5%), tabaquismo (25,5%), inmunodeprimido (23,4%), déficit neurológico previo (23,4%), EPOC (23,4%). Otras comorbilidades menos frecuentes insuficiencia renal crónica (14,9%), enfermedad neoplásica activa (12,8%), tratamiento con inmunosupresores o corticoides orales (12,8%), consumido otras drogas (10,6%), insuficiencia hepática crónica (6,4%) y disfagia previa (6,4%). A su llegada a admisión, un 70,2% presentaba patrón radiológico alveolar, 17% patrón mixto y 10,6% patrón intersticial. La mediana de SatO₂/FiO₂ era 339 puntos, con una mediana de índice de CURB-65 2 puntos. Durante la hospitalización, un 23,4% presentó SDRA precisando como soporte ventilatorio gafas nasales (59,57%), ventimask (14,89%), VMNI (8,51%), ONAF (2,13%) y sin precisar soporte ventilatorio (10,64%). Se llegó a identificar el germen causante en un 23,4%, siendo el más frecuente *Streptococcus pneumoniae* (3 casos), y otros aislados fueron *Staphylococcus*

aureus, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Capnocytophaga granulosa*. Como tratamiento adyuvante a la antibioterapia, un 87,2% precisó uso de inhaladores y un 66% de corticoides sistémicos. Como complicaciones en la estancia, insuficiencia cardíaca congestiva (39,3%), estado mental alterado (29,8%), fracaso renal agudo (23,4%), infección extrapulmonar (12,8%), *shock séptico* (8,5%) y arritmia (6,4%) y síndrome coronario agudo (6,4%). Solo un paciente ingresó en UCI con uso de vasopresores.

Conclusiones: Encontramos una elevada adherencia a la antibioterapia empírica según nuestra guía y en la mayoría de los pacientes se realiza un adecuado rastreo microbiológico. Como factores de riesgo de padecer NAC con criterio de ingreso, encontramos la presencia de dependencia previa, antecedentes de insuficiencia cardíaca crónica y DM-2, así como consumo enólico y tabáquico activos. La mayoría de los hospitalizados presentaban un patrón radiológico alveolar, precisando mayormente soporte ventilatorio mediante gafas nasales. Las principales complicaciones asociadas fueron insuficiencia cardíaca descompensada, alteración del estado mental y fracaso renal agudo, siendo poco frecuente el ingreso en UCI.

Bibliografía

1. Saldías F, Uribe J, Gassmann J, Canelo A, Díaz O. Predictores clínicos de eventos adversos serios en el adulto inmunocompetente hospitalizado por neumonía adquirida en la comunidad. *Rev Chil Enferm Respir.* 2017;33:99-112.
2. Menéndez R, Cilloniz C, España PP, Almirall J, Uranga A, Méndez R, *et al.* Neumonía adquirida en la comunidad. Normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Actualización 2020. *Arch Bronconeumol.* 2020;56(S1):1-10.
3. Servicio Madrileño de Salud [Internet]. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2021 [citado 4 ene 2022]. Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud; [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesFicha.aspx?ID = 25>.