



## 1119 - ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EN NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD EN EL ÁREA SANITARIA DE PALENCIA

*Jeisson Andrey Toro Santibáñez, Mónica Bru Arca, M. Inés Salazar Lozano, Cristina Sánchez del Hoyo, Antonio San José Gallegos, Aurelio Ángel Romero Pérez, Ana Lorena Hernández Alamillo y José Ignacio Martín Serradilla*

*Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia.*

### Resumen

**Objetivos:** Conocer el uso actual del tratamiento antimicrobiano empírico y secuencial en neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en nuestra área sanitaria para establecer posibles aspectos de mejora dentro de un PROA.

**Métodos:** Se analiza retrospectivamente 172 ingresos por neumonía de la comunidad durante el año 2019 (se evita la pandemia por SARS-CoV-2) en los servicios de Medicina Interna (74), Neumología (75) y otros servicios médicos (Cardiología, Hematología, Nefrología y Oncología, 23), el FINE al ingreso, el tratamiento antimicrobiano empírico y secuenciado según resultados de microbiología. Se ha excluido el diagnóstico de neumonía por aspiración. Se compara con las guías locales de tratamiento.

**Resultados:** Muestra total 173 pacientes. Fine 2: 16% (28), de los cuales 79% (22) ingresados en neumología. Fine 3: 14% (24). Fine 4: 44% (76). Fine 5: 26% (44). El tratamiento antibiótico empírico más utilizado es solo quinolona (27%) seguido de quinolona + cefalosporina (24%) y de amoxicilina clavulánico (16%). Existe una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre el servicio de ingreso y la tendencia a la prescripción antibiótica empírica: Medicina Interna: quinolona (29%), amoxicilina-clavulánico (25%), quinolona + cefalosporina (16%). Neumología: quinolona (32%), quinolona + cefalosporina (28%). Otros: quinolona + cefalosporina (36%). No existe relación significativa entre el FINE al ingreso y la antibioterapia empírica ( $p = 0,07$ ). No existe relación entre edad al ingreso y antibioterapia empírica ( $p = 0,4$ ). El tratamiento se cambia en algún momento del ingreso en el 40% (69). De ellos el 35% para desescalar y el 75% para escalar espectro. Existe relación entre el antibiótico empírico y la probabilidad de secuenciar el antibiótico ( $p < 0,01$ ), siendo la combinación quinolona + cefalosporina la que más se desescala (27% de los tratamientos con quinolona + cefalosporina se desescalan) y solo cefalosporina la que más se escala (41% de los tratamientos iniciados con solo cefalosporina se escalan). No existe relación significativa entre tener prueba de neumococo positiva y desescalar el tratamiento prescrito ( $p = 0,9$ ).

**Discusión:** Dentro de los programas PROA en inicio como el de nuestra área, se tiende a hacer intervención sobre los antibióticos pautados por día o por grupo de amplio espectro, sin embargo en este estudio se refleja la necesidad de realizar también en el ámbito de docencia revisión de indicaciones antimicrobianas empíricas, apoyo a la prescripción con los programas de que

disponemos y optimización del uso de las pruebas de microbiología.

*Conclusiones:* En nuestro medio se sobrepasa el espectro antibiótico en los pacientes ingresados por NAC en el 75% de los pacientes. Existe una tendencia a prescribir por servicio y no por gravedad. No se optimiza el tratamiento antibiótico dirigido con un resultado de neumococo positivo. Es necesario valorar medidas de apoyo a la prescripción por diagnóstico de NAC.

## **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.