



## I-112 - FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA NEUMONÍA ASPIRATIVA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAAC)

M. Parra<sup>1</sup>, A. Serrallonga<sup>1</sup>, R. Boixeda<sup>1</sup>, J. Almirall<sup>2</sup>, M. Serra-Prat<sup>3</sup>, E. Palomera<sup>3</sup>, E. Fernández<sup>1</sup> y L. Pacho<sup>1</sup>  
R. Boixeda, J. Almirall, M. Serra-Prat y E. Palomera en representación del Grupo de Trabajo GEMPAC

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Intensiva, <sup>3</sup>Unidad de Investigación. Hospital de Mataró. Mataró (Barcelona).

### Resumen

**Objetivos:** Determinar las diferencias entre las características de los pacientes con neumonía adquirida en la Comunidad (NAC) y los pacientes con neumonía aspirativa adquirida en la Comunidad (NAAC), ya sean respecto a la epidemiología, las comorbilidades asociadas o los factores de riesgo de aspiración y de colonización oral.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y unicéntrico. Se identifican pacientes ingresados en el Hospital de Mataró por NAC (ICD-9 480-486, referentes a neumonía, excluyendo 5070, referente a broncoaspiración) y NAAC (igual pero incluyendo 5070) durante un período de 5 años (2012-2017) según el registro de diagnósticos al alta hospitalaria. Los casos son evaluados para confirmar los criterios de inclusión (clínicos y radiológicos) y los de exclusión (nosocomial y centros socio-sanitarios). Se realiza revisión de la historia clínica para valorar los factores de riesgo de NAAC (epidemiológicos, comorbilidades, signos radiológicos, factores de riesgo de aspiración y de colonización oral). Posteriormente comparamos los resultados obtenidos en los dos grupos para analizar si hay diferencias significativas.

**Resultados:** Se identificaron 3.081 ingresos hospitalarios por NAC y 374 por NAAC (10,8% del total). Se han estudiado 60 casos de NAAC y 30 casos de NAC, seleccionados de forma aleatoria. No observamos diferencias entre sexo, edad y estancia hospitalaria. Respecto a la situación social observamos diferencias significativas: 10,7% de pacientes institucionalizados en el grupo NAC y 53% en el grupo NAAC. Respecto a las comorbilidades se observa diferencia significativa en el Índice de Charlson (media de 2,46 en NAC y 3,40 en NAAC), aunque solo son significativas la demencia (20,4% en NAC y 68,3% en NAAC), la disfagia (32% en NAC y 66,7% en NAAC) y la toma de antipsicóticos atípicos (7% en NAC y 38% en NAAC). Se observan diferencias significativas en las escalas de gravedad como el FINE (43% FINE IV en NAC y 73% FINE IV en NAAC) y el CURB-65. También en los niveles de PCR (media de 14,76 mg/dL en NAC y de 9,87 mg/dL en NAAC), manteniéndose significativa la determinación de PCR al 3<sup>er</sup> día de ingreso (5,11 vs 2,33). La localización radiológica de la condensación se observa una afectación significativamente mayor del segmento apical del lóbulo inferior derecho (18% en NAC y 62% en NAAC) y del segmento basal del lóbulo inferior derecho (43% en NAC y 60% en NAAC). De factores de riesgo de broncoaspiración hay diferencias significativas en la fragilidad: la media del índice de Barthel (68 en NAC y 29,9 en NAAC), la fragilidad moderada-grave (25% NAC y 76,7% en NAAC) y la media del índice de VIG

(30% NAC vs 44% NAAC). De factores de colonización obtenemos diferencia estadística en la sequedad oral (14,3% en NAC vs 38,3% en NAAC). En la elección del primer antibiótico observamos diferencia significativa: amoxicilina/clavulánico en el 61% de NAAC y en NAC ceftriaxona (42%) y amoxicilina/clavulánico (10%). Se observa mortalidad significativamente mayor entre las NAAC (3,6% en NAC vs 45% en NAAC).

*Discusión:* Nuestro estudio nos ayuda a definir posibles criterios diagnósticos de neumonía aspirativa observando asociación con los factores de riesgo descritos (epidemiológicos, comorbilidades, localización radiológica y factores de riesgo de broncoaspiración y colonización oral).

*Conclusiones:* Nuestros datos confirman una diferencia en cuanto a la fragilidad de los pacientes (institucionalización, índice de VIG, Barthel), comorbilidades (índice de Charlson), localización radiológica y riesgos de broncoaspiración (disfagia) y colonización oral en los pacientes diagnosticados al alta como neumonía aspirativa.