



I-178 - ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA Y NEUMOLOGÍA POR GRIPE Y VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL DURANTE LA TEMPORADA 2014/2015

E. Iglesias Julián¹, O. Badallo Arévalo², E. Fernández Rodríguez³, J. Hurtado Ortega⁴, G. Megías Lobon⁵, E. Salazar Thieroldt¹, R. Cabo Magadán¹, I. Cusacovich Torres¹

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Medicina Intensiva. ³Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. ⁴Servicio de Neumología. ⁵Servicio de Microbiología. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Resumen

Objetivos: Estudiar las diferencias entre los pacientes ingresados en Medicina Interna (MI) y Neumología (NEUM) con reacción en cadena de la polimerasa (PCR) positiva en aspirado nasofaríngeo (ANF), para gripe A (GA), B (GB) o virus respiratorio sincital (VRS), durante la temporada 2014/2015, evaluando su presentación clínica, analítica, comorbilidades, manejo terapéutico, estancia y mortalidad.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo. Incluidos todos los pacientes ingresados en los servicios de MI y NEUM del Hospital Universitario de Burgos, con PCR positiva en ANF para GA, GB o VRS, desde el primer caso el 9 de diciembre de 2014, hasta el 28 de marzo de 2015. Las PCR positivas fueron aportadas por el servicio de Microbiología. Los datos tanto clínicos como analíticos se obtuvieron de los informes y evolutivos del aplicativo Jimena. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 22.

Resultados: 68 pacientes ingresados en NEUM y 108 en MI, presentaron PCR positiva durante ese periodo. Debido a la diferencia de tamaño muestral, los resultados del estudio comparativo se expresan en tanto por ciento (excepto las medias) respecto del total de cada servicio, contrastadas con la expresión NEUM/MI. El virus para el que fue positiva la PCR fue: GA 42,6/66,6%; GB 47,1/28,7%; VRS 7,4/2,8%; GA+GB 2,9/0,9%. La edad media fue de 63,5 ± 15,6/83,7 ± 11,8 años. Sexo: 50/53,7% mujeres, 50/46,3% hombres. Antecedentes personales: institucionalizado 2,9/23,1%; diabetes mellitus (DM) 16,2/40,7%; EPOC 27,9/22,2%; asma 26,5/4,6%; insuficiencia cardíaca crónica (ICC) 8,8/38%; inmunosupresión 5,9/7,4%; enfermedad hematológica crónica 1,5/2,8%; neoplasia no hematológica 4,4/3,7%. Clínica: fiebre en domicilio > 38 °C: 75/38%; cefalea 32,4/10,2%; artromialgias 51,5/20,4%, tos improductiva 26,5/34,3%; tos productiva 63,3/42,6%; disnea 64,7/59,3%; odinofagia o disfonía 17,6/5,6%; rinorrea 11,8/5,6%; astenia intensa 47,1/42,6%; abdominalgia 2,9/3,7%; náuseas o vómitos 13,2/8,3%; diarrea 8,8/5,6%. Radiografía de tórax con infiltrado al ingreso 33,8/28,7%. Analítica: ácido láctico 1,2 ± 0,62/1,6 ± 0,95 mEq/l; PaO₂/FiO₂: 254,46 ± 70,41/254,35 ± 56,50; LDH 200,7 ± 74,38/269,53 ± 259,79 UI/l; proteína C reactiva (PCRe) 56,25 ± 63,53/83,29 ± 95,44 mg/ml. Presentaban criterios de sepsis 27,9/24,1%; y de sepsis grave 1,5/5,6%. El ciclo de amplificación de PCR en el que se obtuvo positividad fue: 25,72 ±

3,5/27,04 ± 4,89. Tiempo hasta la solicitud de PCR 0,58 ± 1,51/1,72 ± 4,55 días. Recibieron tratamiento con oseltamivir empírico: 72,1/18,5%; iniciado tras PCR positiva 23,5/63,9%; no recibieron 0/16,7%. Estancia media 6,28 ± 4,01/9,14 ± 6,65 días. Exitus letalis 0/9,3%.

Discusión: Los ingresados en MI presentaban mayor edad, porcentaje de institucionalización y número de comorbilidades, destacando la DM y la ICC. Un menor número presentó síntomas típicos. Ambos servicios presentaban un ciclo de positivización de PCR para virus gripal similar. La insuficiencia respiratoria fue equiparable, sin embargo, los ingresados en MI tenían mayor PCRe, LDH y un mayor porcentaje presentaba criterios de sepsis grave. El tiempo de solicitud de la PCR fue menor en NEUM. El 100% en dicho servicio recibieron oseltamivir, iniciándose en la gran mayoría de forma empírica, en contra de lo ocurrido en MI. Posiblemente debido a la mayor gravedad y número de comorbilidades, la estancia y el porcentaje de exitus letalis fue mayor en MI.

Conclusiones: Los pacientes ingresados en MI presentan mayor edad, comorbilidades y gravedad, lo que probablemente influye en la mayor estancia y mortalidad. Es probable que la presentación clínica atípica de los mismos, sea responsable de la demora en la petición de la PCR y el inicio del tratamiento sólo tras la obtención del resultado positivo.