



EA-054 - UTILIDAD DE LOS CRITERIOS DE RIESGO DE PATÓGENOS RESISTENTES EN LA NEUMONÍA DE ANCIANOS PROCEDENTES DE LA COMUNIDAD

O. Torres Bonafonte¹, S. Clotet Vidal¹, E. Gil Olivas¹, L. Izquierdo Cárdenas¹, M. Sáez Prieto¹, E. Pérez Macho², J. Casademont Pou¹ y D. Ruiz Hidalgo¹

¹Medicina Interna. Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Medicina Interna. Hospital Dos de Maig de Barcelona-Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Evaluar la utilidad de los criterios de riesgo de patógenos resistentes (PR) en ancianos ingresados por neumonía.

Material y métodos: En una cohorte de ancianos sin grave dependencia funcional e ingresados por neumonía procedente de la comunidad se evaluó el valor predictivo de los criterios de neumonía asociada al cuidado sanitario (NACS), el Índice de (I) Shorr, I Aliberti, el juicio clínico de PR y el modelo ingresos previos + saturación O₂ (Torres et al, Emergencias 2017). Se analizó el área bajo la curva receptor-operador (ABC ROC).

Resultados: Se incluyeron 307 pacientes (80,2 ± 7,8 años, 61,2% varones). Tenían riesgo de PR según NACS 94 (30,6%), I Shorr 28 (9,2%), I Aliberti 169 (57,7%), juicio clínico 48 (16,2%) y 63 (20,5%) según el modelo ingresos previos + saturación O₂. Se aisló PR en el 4,6% (9 *Pseudomonas aeruginosa*, 3 *Stenotrophomonas maltophilia*, 1 *Staphylococcus aureus* meticilínresistente y 1 *E. coli* BLEA). Nuestro modelo identificó 63 pacientes (20,5%) a riesgo de PR. Presentaron una ABC ROC > 0,6: los criterios de NACS 0,71 (0,57-0,85) p = 0,07, el modelo ingresos previos + saturación O₂ 0,67 (0,49-0,85), p = 0,029 y el juicio clínico 0,67 (0,5-0,85), p = 0,039. Los modelos con mejor relación sensibilidad/especificidad fueron los criterios de HCAP (sensibilidad 71,4%, especificidad 71,3%) y el juicio clínico (sensibilidad 50%, especificidad 86%).

Discusión: El concepto de NACS que se introdujo en las guías de la American Thoracic Society del 2005 ha sido posteriormente muy cuestionado, especialmente en Europa. Preocupa, fundamentalmente, la mayor presión antibiótica que pueda comportar el tratamiento empírico que su aceptación conlleva. Varios autores han sugerido valorar el riesgo individual de neumonía por PR, individualizando la cobertura antibiótica o cuantificando el peso específico de diferentes factores de riesgo como el I Shorr (5) e I Aliberti (6). En nuestro medio, un modelo que combinaba el número de ingresos previos y la saturación de oxígeno mostró una buena capacidad predictiva en la población general atendida en UCIs. Para establecer la cobertura antibiótica, es importante tener en cuenta la epidemiología local. Así entre ancianos previamente autónomos de nuestro centro con neumonías que requirieron ingreso, ni el I Shorr ni I Aliberti han mostrado capacidad predictiva de etiología por PR. En cambio los criterios de NACS muestran una buena sensibilidad y el juicio clínico una alta especificidad. El modelo número de ingresos + saturación de O₂ discriminó de forma aceptable.

Probablemente, al analizar pacientes ingresados (muchos de ellos con saturaciones bajas), la saturación de O₂ fue de menor ayuda que en la población atendida en Urgencias. Afortunadamente, el juicio clínico fue de mayor utilidad en la predicción que en un estudio previo de nuestro grupo con población reclutada en el 2010. Probablemente han influido la mayor sensibilidad actual de los clínicos ante los factores de riesgo de PR y el tratarse de población más seleccionada.

Conclusiones: En las neumonías de los ancianos ingresados sin severa dependencia funcional previa de nuestro estudio, los índices de Shorr y Aliberti no mostraron capacidad predictiva de GR. El resto de modelos analizados presentaron una capacidad discriminatoria aceptable. En la predicción de neumonía causada por GR, los criterios de NACS mostraron mayor sensibilidad mientras que el juicio clínico mostró mayor especificidad.