



Universidad del Sureste  
Campus Comitán de Domínguez, Chiapas  
Licenciatura en Medicina Humana



# RESUMEN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

PASIÓN POR EDUCAR

**Angelica Gonzalez Cantinca**

**Octavo Semestre**

**Octavo Grado**

**Medicina Basada en Evidencia**

**Dr. Alonso Díaz Reyes**

# **ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE FACTORES PRONÓSTICOS EN ADULTOS HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD**

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una enfermedad infecciosa respiratoria aguda con una incidencia que oscila entre 3 y 8 casos por 1.000 habitantes por año. Esta incidencia aumenta con la edad y las comorbilidades. El 40% de los pacientes con NAC requieren ingreso hospitalario y alrededor del 10% necesitan ser admitidos en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La mortalidad global de la NAC alcanza el 10%, aunque la mortalidad de la NAC que requiere hospitalización parece haber disminuido en los últimos años. Ello es consecuencia de diversos factores, entre los que cabría destacar un mejor conocimiento de la epidemiología y de la microbiología de la enfermedad, una actuación más precoz en los casos más graves con sepsis, y el desarrollo e implementación de guías clínicas.

Las enfermedades respiratorias constituyen la tercera causa de muerte de la población chilena, siendo sólo superadas por las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores malignos<sup>1</sup>. La neumonía es la principal causa de muerte por enfermedades infecciosas en el adulto y la primera causa específica de muerte en los mayores de 80 años. La incidencia, demanda de recursos de salud y letalidad de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se elevan en las edades extremas de la vida (menores de un año y mayores de 65 años).

El principal objetivo del estudio fue identificar las variables clínico-radiográficas y de laboratorio disponibles en la admisión al hospital que predicen una evolución clínica desfavorable en términos de mortalidad en adultos inmunocompetentes hospitalizados por neumonía comunitaria.

En el período del estudio, se evaluaron 1.194 adultos inmunocompetentes hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad en 21 hospitales públicos. Las características clínico-epidemiológicas determinaron la edad promedio fue  $68 \pm 17$  años (R: 15-102), 48% eran varones, 72% tenía comorbilidad (especialmente cardiovascular,

respiratoria y neurológica crónica), 10% eran fumadores y 24% había recibido antibióticos antes del ingreso. El 85% de los casos correspondieron a las categorías de riesgo III y IV de la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias, 10% fueron admitidos a la Unidad de Cuidados Intermedios o UCI y 6% fueron conectados a ventilación mecánica. El 90% de los pacientes fueron tratados con agentes  $\beta$ -lactámicos y sólo 5% recibieron macrólidos para cubrir gérmenes atípicos. La estadía promedio en el hospital fue  $11,3 \pm 9,4$  días (R: 1-103) y 187 pacientes fallecieron en el hospital (15,7%).

En el análisis multivariado permanecieron asociadas a mayor riesgo de morir en el hospital las siguientes variables: compromiso de conciencia, nitrógeno ureico sérico elevado, neumonía multilobar, presencia de comorbilidad y ausencia de fiebre en la admisión al hospital.

Los factores pronósticos y la evolución de la neumonía comunitaria del adulto inmunocompetente hospitalizado en nuestro medio. Los principales hallazgos del estudio fueron:

- 1) La edad avanzada, presencia de comorbilidad, alteración de los signos vitales, estado nutricional y estado mental se asociaron a mayor riesgo de muerte en el adulto hospitalizado por NAC
- 2) Los exámenes de laboratorio solicitados en la admisión que se asociaron a mayor riesgo de muerte en el hospital fueron: compromiso radiográfico multilobar y nitrógeno ureico elevado
- 3) El esquema antibiótico empírico prescrito en la admisión no se relacionó con la evolución y el riesgo de fallecer en el hospital.

El cuadro clínico del paciente con neumonía comunitaria que solicita atención en los consultorios y servicios de urgencia, puede variar entre un cuadro infeccioso leve de bajo riesgo de complicaciones hasta uno de extrema gravedad con riesgo vital. El riesgo de complicaciones y muerte del paciente con neumonía comunitaria que no tiene criterios de gravedad manejado en el medio ambulatorio, es bajo comparado con los

pacientes admitidos al hospital (letalidad: 10-20%), especialmente aquellos con neumonía grave admitidos a las unidades de cuidados intensivos.

Una vez establecido el diagnóstico clínico-radiográfico de neumonía comunitaria, en el Consenso Nacional de Neumonía se recomienda a los clínicos evaluar la gravedad de los enfermos considerando las siguientes variables clínicas: edad mayor de 65 años, presencia de comorbilidad, compromiso de conciencia, hipotensión arterial, frecuencia respiratoria  $\leq 20$  resp/min, compromiso radiográfico multilobar o bilateral, SaO<sub>2</sub> menor de 90% (si dispone de oximetría de pulso), presencia de comorbilidad descompensada y/o factores psicosociales de riesgo. En ausencia de factores de riesgo se recomienda manejo ambulatorio, en presencia de un factor de riesgo se recomienda manejo ambulatorio o en el hospital según la experiencia previa y el juicio clínico, en presencia de dos o más factores de riesgo se recomienda referir al hospital.

La neumonía del adulto adquirida en la comunidad constituye un grave problema de salud pública en nuestro país, demanda recursos de salud ambulatorios y hospitalarios significativos, y su letalidad sigue siendo elevada en el ambiente hospitalario (10-30%). Las características de la población, lugar de manejo (sala o unidad de cuidado crítico), tratamiento antimicrobiano prescrito y la evolución en el hospital (estadía y mortalidad) varían en forma significativa en las distintas regiones de nuestro país.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Gil D, Rodrigo, Undurraga P, Álvaro, Saldías P, Fernando, Jiménez P, Patricio, & Barros M, Manuel. (2006). Estudio multicéntrico de factores pronósticos en adultos hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad. *Revista médica de Chile*, 134(11), 1357-1366. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006001100002>