



Mi Universidad

Nombre del alumno: Zahobi Bailon Peralta

Nombre del tema: Ensayo de estudio multicéntrico de neumonia

Cuarto parcial

Nombre de la materia: MBE

Nombre del docente: Dr. Alonso Diaz Reyes

Medicina Humana

8vo Semestre Grupo C

Comitán de Domínguez ,28 de mayo de 2025

INTRODUCCION

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. 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).

En los Estados Unidos de Norteamérica, se ha estimado que ocurren entre 5 y 6 millones de casos de neumonía cada año. En ese país, la neumonía comunitaria ocasiona más de 10 millones de visitas médicas por año, determinando 64 millones de días de pérdida de actividad y 600.000 hospitalizaciones anuales. En los estudios epidemiológicos, se ha comunicado que la mayoría de los pacientes con neumonía comunitaria pueden ser manejados en el ámbito ambulatorio y sólo 20% requiere hospitalización debido a la gravedad de la infección pulmonar. El paciente con neumonía sin comorbilidad o factores de riesgo manejado en el ámbito ambulatorio, tiene una letalidad inferior a 1%-2%, elevándose a 5%-15% en los pacientes con comorbilidad o factores de riesgo específicos que son admitidos al hospital, y asciende hasta 20%-50% en aquellos admitidos a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)⁶.

El año 1999, la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias (SER) organizó el primer consenso nacional sobre el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad del adulto, el cual fue recientemente actualizado en conjunto con la Sociedad Chilena de Infectología. En ambos consensos han participado especialistas de medicina interna, neumología, infectología, microbiología, radiología y medicina intensiva. Considerando la escasa información disponible en el medio nacional sobre la epidemiología, características clínicas, factores pronósticos y tratamiento de la NAC del adulto, en 1999 se decidió emprender el primer estudio cooperativo nacional que investigara las características clínicas, factores pronósticos y tratamiento de los adultos hospitalizados por neumonía en distintas áreas geográficas de nuestro país. Con ese objetivo se creó el grupo GENSER (Grupo de Estudio de las Neumonías patrocinado por la Sociedad Chilena de Enferme

En el estudio se evaluó, en forma prospectiva 1.194 adultos hospitalizados por un episodio de neumonía adquirida en la comunidad, en 21 centros hospitalarios situados entre Antofagasta y Punta Arenas, entre el 1° de julio y el 31 de agosto de 1999. Todos los pacientes eran inmunocompetentes, mayores de 15 años y cumplían con los criterios diagnósticos de neumonía comunitaria propuestos por Fang y cols, es decir: infección respiratoria aguda caracterizada por fiebre, tos o expectoración, asociado a un infiltrado pulmonar de aparición reciente en la radiografía de tórax. Se excluyó a los pacientes portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), neoplasia activa (tumores sólidos o hematológicos), neutropenia (menos de 1.000 leucocitos por mm³), en tratamiento quimioterápico o inmunosupresor (ciclosporina, azatioprina) en los 6 meses previos a la admisión, o tratamiento con dosis ≥ 20 mg/día de prednisona o su equivalente durante por lo menos un mes dentro de los seis meses anteriores a su ingreso y pacientes moribundos, en quienes el deceso por el episodio de neumonía se considera el evento terminal previsible de su enfermedad crónica de base. El estudio fue descriptivo y de carácter observacional, no hubo intervención de los investigadores en la decisión de hospitalizar a los pacientes, en la extensión del estudio diagnóstico, en el tratamiento prescrito y el lugar de manejo (sala, unidad de intermedio o UCI).

En el examen físico se consignaron los signos vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura), el estado nutricional y el estado mental en la admisión al hospital. El compromiso cualitativo de conciencia o confusión mental fue definido por la presencia de desorientación en tiempo, espacio o en relación a personas que no correspondía a una condición basal conocida o coma. Los hallazgos de la radiografía de tórax fueron evaluados por el médico involucrado en el estudio en cada centro, quien describió el grado de extensión de los infiltrados pulmonares (unilobar o multilobar), la presencia de derrame pleural, absceso o cavitación pulmonar. Se registraron los siguientes exámenes de laboratorio solicitados en la admisión al hospital: recuento de leucocitos, nitrógeno ureico y electrolitos plasmáticos. Además, se consignó la estadía en el hospital, el tratamiento antimicrobiano prescrito y la condición al egreso del hospital (vivo o fallecido). Según los antecedentes clínicos, los pacientes fueron clasificados en una de las cuatro categorías de gravedad definidas por la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias, esto es

Grupo 1: pacientes menores de 65 años sin comorbilidad de manejo ambulatorio.

Grupo 2: pacientes mayores de 65 años o con comorbilidad de manejo ambulatorio.

Grupo 3: pacientes hospitalizados en sala de cuidados generales que tienen criterio de gravedad moderada. *Grupo 4:* pacientes con neumonía adquirida en la comunidad grave que deben ser manejados en la unidad de cuidados intermedios o unidad de cuidados intensivos.

Estadística. Los datos fueron procesados en forma conjunta para el total de centros participantes. Los resultados son expresados como valores promedio \pm desviación estándar para las variables medidas en escala numérica y en porcentaje para las medidas en escala nominal. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS. Para identificar los factores pronósticos asociados a riesgo de muerte elevado en el hospital, se realizó primero un análisis bivariado considerando como variable dependiente la letalidad de los pacientes con neumonía comunitaria en el hospital. Las variables cualitativas fueron comparadas mediante la prueba de chi cuadrado y las variables cuantitativas mediante la prueba t de Student.

Características generales de la población. En el período del estudio, se evaluaron 1.194 adultos inmunocompetentes hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad en 21 hospitales públicos y privados de Chile). Las características clínico-epidemiológicas y radiográficas son descritas en las . La edad promedio fue 68 ± 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 (especialmente penicilina (6,7%), amoxicilina (5,5%) y claritromicina (2%)). El 85% de los casos

Tabla 2. Características clínico-epidemiológicas de los pacientes hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad

N	1.194 adultos	
Edad (años) (X \pm DE)	68 \pm 17	(R: 15-102)
Género (M/F)	574/620	(48-52%)
Fumadores	119/1.194	(10%)
Comorbilidad	865/1.194	(72%)
Enfermedad pulmonar crónica	370/1.187	(31%)
Enfermedad cardiovascular	317/1.186	(27%)
Diabetes mellitus	221/1.186	(19%)
Desnutrición	232/1.191	(19%)
Enfermedad neurológica crónica	180/1.183	(15%)
Insuficiencia renal crónica	87/1.184	(7%)
Enfermedad hepática crónica	49/1.184	(4%)
Bronquiectasias	116/1.194	(9,7%)
Alcoholismo	108/1.194	(9,0%)
Neoplasia	48/1.184	(4,0%)
Uso de antibióticos antes admisión	279/1.162	(24%)
Clasificación SER ⁷ : I-II-III-IV	16-163-920-95	(1-14-77-8%)
Lugar de admisión: Sala-Intermedio-UCI	1.075-60-57	(90-5-5%)
Estadía en el hospital (días)	11,3 \pm 9,4	(R: 1-103)
Mortalidad en el hospital	187/1.194	(15,7%)

Nota: El número del denominador corresponde a los pacientes con la variable registrada.
M: masculino, F: femenino, SER: Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias. UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

Factores pronósticos. En el análisis univariado, las variables epidemiológicas, clínico-radiográficas y de laboratorio medidas en la admisión asociadas con mayor riesgo de morir en el hospital fueron: la edad avanzada, género masculino, presencia de comorbilidad, enfermedad cardiovascular, renal,

neurológica y hepática crónica, desnutrición clínica, sospecha de aspiración, compromiso de conciencia, hipotensión arterial (90/60 mmHg), taquipnea ≥ 30 resp/min

Una vez establecido el diagnóstico clínico-radiográfico de neumonía comunitaria, en el Consenso Nacional de Neumonía⁸ 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 ≥ 20 resp/min, compromiso radiográfico multilobar o bilateral, SaO₂ 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. El juicio clínico y la experiencia del médico deben predominar sobre los modelos predictores, los cuales no son infalibles; y el médico debería siempre considerar las preferencias y requerimientos de los enfermos en la toma de decisiones acerca del lugar de manejo y tratamiento prescrito.

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%)⁹⁻¹⁶. 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. En el presente estudio se describen las características clínico-epidemiológicas, factores pronósticos y el manejo de la neumonía comunitaria del adulto hospitalizado en distintas áreas geográficas del medio nacional; destacando la importancia de los estudios multicéntricos para describir la realidad sanitaria local, lo cual permitirá racionalizar la distribución de recursos humanos y materiales en los distintos niveles de complejidad de la atención de salud.

Bibliografía

(S/f). Scielo.cl. Recuperado el 29 de mayo de 2025, de

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO034-98872006001100002

