



<https://www.revclinesp.es>

1119 - ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EN NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD EN EL ÁREA SANITARIA DE PALENCIA

Jeisson Andrey Toro Santibáñez, Mónica Bru Arca, M. Inés Salazar Lozano, Cristina Sánchez del Hoyo, Antonio San José Gallegos, Aurelio Ángel Romero Pérez, Ana Lorena Hernández Alamillo y José Ignacio Martín Serradilla

Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia.

Resumen

Objetivos: Conocer el uso actual del tratamiento antimicrobiano empírico y secuencial en neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en nuestra área sanitaria para establecer posibles aspectos de mejora dentro de un PROA.

Métodos: Se analiza retrospectivamente 172 ingresos por neumonía de la comunidad durante el año 2019 (se evita la pandemia por SARS-CoV-2) en los servicios de Medicina Interna (74), Neumología (75) y otros servicios médicos (Cardiología, Hematología, Nefrología y Oncología, 23), el FINE al ingreso, el tratamiento antimicrobiano empírico y secuenciado según resultados de microbiología. Se ha excluido el diagnóstico de neumonía por aspiración. Se compara con las guías locales de tratamiento.

Resultados: Muestra total 173 pacientes. Fine 2: 16% (28), de los cuales 79% (22) ingresados en neumología. Fine 3: 14% (24). Fine 4: 44% (76). Fine 5: 26% (44). El tratamiento antibiótico empírico más utilizado es solo quinolona (27%) seguido de quinolona + cefalosporina (24%) y de amoxicilina clavulánico (16%). Existe una relación estadísticamente significativa ($p = 0,05$) entre el servicio de ingreso y la tendencia a la prescripción antibiótica empírica: Medicina Interna: quinolona (29%), amoxicilina-clavulánico (25%), quinolona + cefalosporina (16%). Neumología: quinolona (32%), quinolona + cefalosporina (28%). Otros: quinolona + cefalosporina (36%). No existe relación significativa entre el FINE al ingreso y la antibioterapia empírica ($p = 0,07$). No existe relación entre edad al ingreso y antibioterapia empírica ($p = 0,4$). El tratamiento se cambia en algún momento del ingreso en el 40% (69). De ellos el 35% para desescalar y el 75% para escalar espectro. Existe relación entre el antibiótico empírico y la probabilidad de secuenciar el antibiótico ($p = 0,01$), siendo la combinación quinolona + cefalosporina la que más se desescaliza (27% de los tratamientos con quinolona + cefalosporina se desescalizan) y solo cefalosporina la que más se escala (41% de los tratamientos iniciados con solo cefalosporina se escalan). No existe relación significativa entre tener prueba de neumococo positiva y desescalar el tratamiento prescrito ($p = 0,9$).

Discusión: Dentro de los programas PROA en inicio como el de nuestra área, se tiende a hacer intervención sobre los antibióticos pautados por día o por grupo de amplio espectro, sin embargo en este estudio se refleja la necesidad de realizar también en el ámbito de docencia revisión de indicaciones antimicrobianas empíricas, apoyo a la prescripción con los programas de que disponemos y optimización del uso de las pruebas de microbiología.

Conclusiones: En nuestro medio se sobrepasa el espectro antibiótico en los pacientes ingresados por NAC en el 75% de los pacientes. Existe una tendencia a prescribir por servicio y no por gravedad. No se optimiza el tratamiento antibiótico dirigido con un resultado de neumococo positivo. Es necesario valorar medidas de apoyo a la prescripción por diagnóstico de NAC.

Bibliografía

1. PROACYL <https://proacyl.vercel.app/>
2. Metlay *et al.* Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2019;200:e45-e67.