



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

624 - ¿TRATAMOS ADECUADAMENTE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA POR INFLUENZA A?

César Díaz Camacho, Carolina Ruiz González, Dana Melián Ramallo, Ana Aguilar López y Rosa Juana Tejera Pérez

Medicina Interna, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Resumen

Objetivos: Analizar el tratamiento pautado en pacientes hospitalizados por infección respiratoria por Influenza A y su relación con la evolución clínica y la mortalidad.

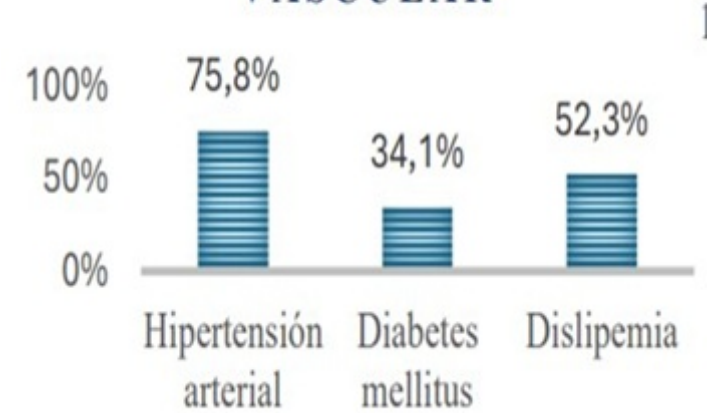
Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes con diagnóstico principal al alta de infección respiratoria por Influenza A (CIE-10: J9, J10), hospitalizados en un servicio de Medicina Interna de un hospital terciario entre diciembre de 2023 y marzo de 2025. Se recopilaban variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas, y se analizaron con Excel y SPSS v25.

Resultados: Se incluyeron 132 pacientes con infección respiratoria por Influenza A confirmada mediante técnicas validadas. La edad media fue 77,3 años (DE 15), siendo un 59,8% de los casos mujeres. Las comorbilidades y patologías crónicas se muestran en las figuras. Todos los pacientes estudiados estaban sintomáticos al ingreso. El 93% de los pacientes requirió oxigenoterapia durante su hospitalización: el 59,8% mediante gafas nasales, el 17,4% mediante mascarilla Venturi, el 3,8% con mascarilla con reservorio y el 12,1% requirió soporte con ventilación mecánica no invasiva (VMNI) u oxigenoterapia de alto flujo (OAF). No se encontraron diferencias significativas entre la mortalidad y la FiO₂ recibida por el paciente ni con el uso de oxigenoterapia de alto flujo al ingreso. Respecto al tratamiento broncodilatador, el 91,7% de los pacientes recibió SAMA (bromuro de ipratropio), el 72% SABA (salbutamol) y el 87,1% fue tratado con corticoides inhalados (budesonida). Se prescribió oseltamivir en el 76,5% de los casos en las primeras 48 horas del ingreso hospitalario y antibioterapia empírica al 75,8% de los analizados. No hubo diferencias estadísticas en relación con la mortalidad entre los que recibieron o no estos fármacos. Dado el carácter retrospectivo del estudio, no se pudo conocer el tiempo de evolución desde el inicio de síntomas hasta el inicio de la terapia antiviral. El 69,7% de los pacientes recibió corticoides sistémicos, con una dosis media de 46,2 mg/día de metilprednisolona (DE 38,4). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad entre quienes recibieron corticoides y quienes no ($p > 0,05$), ni entre la dosis diaria de metilprednisolona en pacientes fallecidos y supervivientes (prueba t para muestras independientes, $p > 0,05$). Los pacientes que fallecieron tuvieron una estancia hospitalaria más larga (29,8 días (DE 72,5)) que los supervivientes (16,4 (DE 38,8)) y esta diferencia sí fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

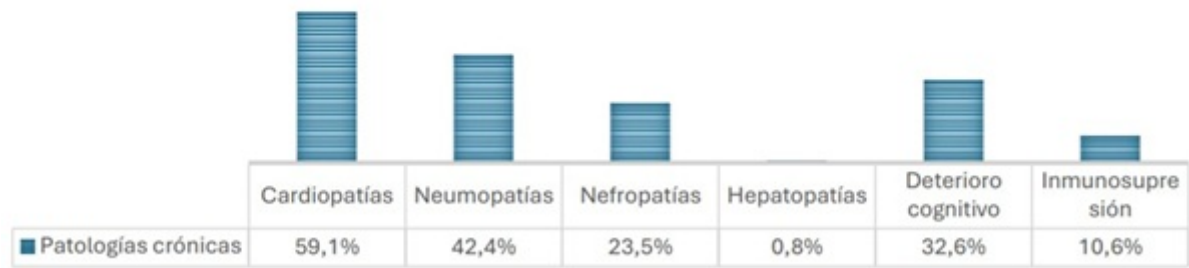
Discusión: La alta tasa de antibioterapia empírica (75,8%) refleja una práctica común ante la dificultad inicial para distinguir entre neumonía viral y sobreinfección bacteriana, aunque plantea la necesidad de estrategias más precisas de diagnóstico. El uso de corticoides sistémicos en infecciones virales es controvertido y debe evaluarse con cautela. En nuestro estudio no se asoció con mayor mortalidad, al contrario de lo reportado en la literatura. Los pacientes que fallecieron durante la hospitalización presentaron una estancia

significativamente más prolongada, lo que podría reflejar una mayor complejidad clínica, evolución más tórpida o la necesidad de cuidados prolongados.

FACTORES DE RIESGO VASCULAR



PATOLOGÍAS CRÓNICAS



Conclusiones: Se encontró una relación directa significativa entre tiempo de estancia hospitalaria y mortalidad. No se encontraron diferencias significativas para el resto de variables analizadas, incluyendo uso de corticoterapia, antibioterapia u oseltamivir.