

1852 - ESTRATEGIAS ANTIBIÓTICAS EN NEUMONÍA NEUMOCÓCICA EN HOSPITAL COMARCAL, ¿MEDICINA DEFENSIVA O VISIÓN GLOBAL DEL PACIENTE?

Carlos Jesús Mora Carrera¹, María del Mar Ignacio Expósito², Lucía Serrano Rodríguez³, Isabel Cebrián González³ y Mario Prieto García³

¹Medicina Interna, Residente, Sevilla, España. ²Medicina Interna Osuna, FAE Neumología, Sevilla, España. ³Medicina Interna, FAE Medicina Interna, Sevilla, España.

Resumen

Objetivos: Analizar y comparar el perfil clínico, factores de riesgo, escalas clínicas y la antibioterapia empírica inicial recibida en un hospital comarcal del sur de España en pacientes diagnosticados de Neumonía neumocócica a partir de antigenurias positivas.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo analítico unicéntrico. Se analizaron 97 pacientes en 2023 con diagnóstico de neumonía neumocócica mediante antigenuria positiva. Se identificaron los tratamientos antibióticos iniciales codificados individualmente mediante la primera validación. Se analizaron variables como edad, género, escalas pronósticas CURB-65 y FINE, comorbilidades, necesidad de ingreso en UCI, escalada antibiótica así como mortalidad durante el ingreso.

Resultados: De los 97 pacientes, 32 (31%) recibieron monoterapia con ceftriaxona cuya media de edad fue de 75,67 años (DE 14,48), 30 (29%) recibieron biterapia con ceftriaxona y levofloxacin, 11 (11%) piperacilina-tazobactam con media de edad de 75,4 años (DE 14,72), 10 (10%) Amoxicilina-clavulánico y 77,3 años (DE 16,37), 8 (8%) recibieron levofloxacin y el resto siguieron otros esquemas minoritarios (fig.). En el análisis bivalente no resultaron significativas las asociaciones del tratamiento dirigido con las variables de edad, FINE, CURB65, condensación unilobar, EPOC, ERC, VMNI, hipertensión o ingreso en UCI. Aunque posteriormente en la regresión logística sí presentó asociación con menor mortalidad (OR 0,217, p 0,047) independientemente del resto de variables (tabla 1). En cuanto a los resultados de piperacilina-tazobactam se halló asociación significativa con CURB65 (χ^2 0,386, p 0,015), VMNI (χ^2 4,932, p 0,026), ingreso en UCI (χ^2 5,636 p 0,018) y mortalidad (χ^2 6,662, p 0,010), con confirmación posterior mediante regresión logística (OR 3,924, p 0,159) pero sin significación estadística. Entre los que recibieron amoxicilina-clavulánico solo se halló significación en la escalada antibiótica (χ^2 5,931, p 0,015), y en el ingreso en UCI (χ^2 6,065, p 0,014).

Tabla 1. Asociación con tratamiento dirigido (ceftriaxona)

| Variable | Categorías | Dirigido Sí (n) | Dirigido No (n) | χ^2 (gl) | p | Significativo |
|--------------------------|----------------|-------------------|-------------------|---------------|-----------|---------------|
| Edad media (años) | Media \pm DE | 75,67 \pm 14,38 | 70,31 \pm 16,05 | U | p = 0,154 | No |
| CURB-65 | 1/2/3 | 15/12/6 | 29/21/15 | 0,355 (2) | 0,837 | No |
| FINE (3 categorías) | 1/2/3 | 6/6/21 | 19/12/34 | 1,549 (2) | 0,461 | No |
| Condensación unilobar | Sí/No | 19/14 | 41/24 | 0,279 (1) | 0,597 | No |
| EPOC | Sí/No | 6/26 | 13/52 | 0,021(1) | 0,884 | No |
| Insuficiencia renal | Sí/No | 4/29 | 4/61 | 1,040 (1) | 0,308 | No |
| VMNI | Sí/No | 3/30 | 11/54 | 1,097 (1) | 0,295 | No |
| IOT | Sí/No | 2/31 | 6/59 | 0,293 (1) | 0,588 | No |
| Ingreso UCI | Sí/No | 2/30 | 11/54 | 2,105 (1) | 0,147 | No |
| Muerte intrahospitalaria | Sí/No | 4/29 | 19/46 | 3,567 (1) | 0,059 | Límite |

Modelo de regresión logística: Mortalidad intrahospitalaria con tratamiento dirigido con ceftriaxona. Modelo M1 (AIC = 94,833, Nagelkerke R2 = 0,463)

| Variable | OR | p |
|-----------------------------|-----------------------------------|-------|
| Amoxicilina/clavulánico (1) | 0,217 | 0,047 |
| CURB-65 (3) | 0,135 | 0,023 |
| Ingreso en UCI | 7,677 | 0,017 |
| Otros (no significativos) | EPOC, FINE, Condensación unilobar | Edad |

| Asociación con piperacilina/tazobactam | | | | | | |
|--|----------------|------------------|--------------------|---------------|-----------|---------------|
| Variable | Categorías | PIP-Tazo Sí (n) | PIP-Tazo No (n) | χ^2 (gl) | p | Significativo |
| Edad media (años) | Media \pm DE | 75,4 \pm 14,72 | 71,69 \pm 15,785 | U = 544,00 | p = 0,464 | No |
| CURB-65 | 1/2/3 | 2/3/6 | 42/30/15 | 0,386(2) | 0,015 | Sí |
| FINE (3 niveles) | (1,2,3) | 2/2/7 | 23/16/48 | 0,503 (4) | 0,825 | No |
| Condensación bilateral | Sí/No | 6/5 | 28/59 | 2,155 (1) | 0,142 | No |
| VMNI | Sí/No | 4/7 | 10/77 | 4,932 (1) | 0,026 | Sí |
| IOT | Sí/No | 3/8 | 5/82 | 6,036 (1) | 0,014 | Sí |
| Escalada ATB | Sí/No | 5/6 | 25/62 | 1,226 (1) | 0,268 | No |
| Ingreso UCI | Sí/No | 4/7 | 9/77 | 5,636 (1) | 0,018 | Sí |
| EPOC | Sí/No | 1/10 | 18/68 | 0,868(1) | 0,352 | No |
| HTA | Sí/No | 8/3 | 35/52 | 0,691 (1) | 0,406 | No |
| Insuf. renal | Sí/No | 0/11 | 8/79 | 1,101(1) | 0,294 | No |
| Mortalidad | Sí/No | 6/5 | 17/70 | 6,662(1) | 0,010 | Sí |

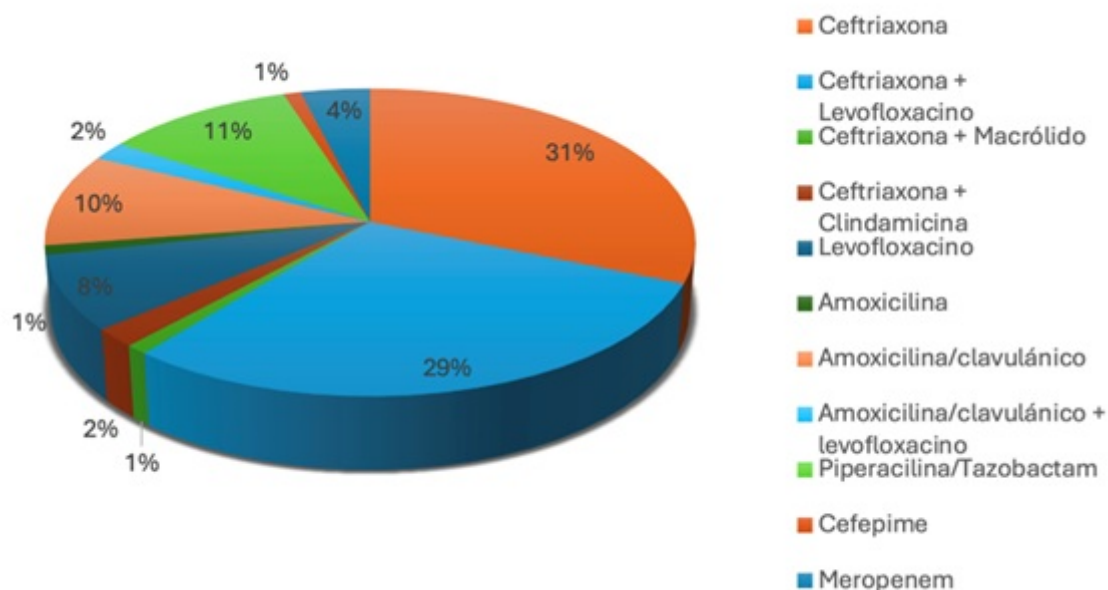
| Modelo de regresión logística: Mortalidad intrahospitalaria con piperacilina/tazobactam. Modelo M1 (AIC = 94,833, Nagelkerke R2 = 0,463) | | |
|--|----|---|
| Variable | OR | p |

| | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|-------|
| Piperacilina/tazobactam (1) | 3,924 | 0,159 |
| Piperacilina/tazobactam (2) | 0,876 | 0,924 |
| CURB-65 (3) | 0,138 | 0,033 |
| IOT | 4,399 | 0,163 |
| Otros (no significativos) | EPOC, FINE, Condensación unilobar | Edad |

Asociación con
amoxicilina/clavulánico

| Variable | Categorías | A/C Sí (n) | A/C No (n) | χ^2 (gl) | p | Significativo |
|------------------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|-----------|---------------|
| Edad media (años) | Media \pm DE | 77,3 \pm 16,371 | 71,523 \pm 15,545 | U = 554,5 | p = 0,181 | No |
| CURB-65 | 1/2/3 | 4/5/1 | 40/28/20 | 1,620 (2) | 0,445 | No |
| FINE (3 niveles) | 1/2/3 | 3/2/5 | 22/16/50 | 0,179 (2) | 0,915 | No |
| Condensación bilateral | Sí/No | 3/7 | 31/57 | 0,108 (1) | 0,742 | No |
| VMNI | Sí/No | 0/10 | 14/74 | 1,856 (1) | 0,173 | No |
| IOT | Sí/No | 0/10 | 8/80 | 0,990 (1) | 0,320 | No |
| Escalada ATB | Sí/No | 6/3 | 24/64 | 5,931 (1) | 0,015 | Sí |
| Ingreso UCI | Sí/No | 6/3 | 24/65 | 6,065 (1) | 0,014 | Sí |
| EPOC | Sí/No | 2/8 | 17/70 | 0,001 (1) | 0,972 | No |
| HTA | Sí/No | 3/7 | 35/53 | 0,361 (1) | 0,548 | No |

| | | | | | | |
|--------------|-------|-----|-------|-----------|-------|----|
| Insuf. renal | Sí/No | 1/9 | 7/81 | 0,050 (1) | 0,823 | No |
| Mortalidad | Sí/No | 2/8 | 21/67 | 0,075 (1) | 0,785 | No |



Discusión: La monoterapia con ceftriaxona fue la pauta más empleada y se encontró una asociación significativa con la disminución de la mortalidad. Así mismo el perfil de pacientes que recibieron piperacilina-tazobactam aparentemente presentaban mayores criterios de gravedad ya que ingresaron más en UCI y requirieron ventilación mecánica en comparación con el resto. Los pacientes que recibieron amoxicilina-clavulánico presentaron una media de edad mayor, lo que nos lleva a pensar que en pacientes más añosos y con riesgo de broncoaspiración se optó por cobertura de anaerobios. Aunque somos conscientes de que la antibioterapia recibida presenta un sesgo de indicación no parece que nuestra muestra las escalas pronósticas habituales (CURB65 y FINE) se hayan asociado con la elección de la antibioterapia.

Conclusiones: Entendemos que la valoración clínica global fuera de las escalas o variables no recogidas como la leucocitosis, PCR o SAFI/PAFI puedan ser valores que se tienen en cuenta más allá de las escalas clásicas. La valoración integral del paciente prima en nuestro hospital comarcal, adecuando la antibioterapia al estado clínico y antecedentes del paciente. Sin embargo, la segunda terapia más frecuente fue ceftriaxona y levofloxacino, siendo esta combinación fútil pues la ceftriaxona no añade espectro a esta combinación, esto refleja la necesidad de implementar guías y protocolos estandarizados en un hospital sin servicios especializados.