



<https://www.revclinesp.es>

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 levofloxacino, 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 levofloxacino y el resto siguieron otros esquemas minoritarios (fig.). En el análisis bivariante no resultaron significativas las asociaciones del tratamiento dirigido con las variables de edad, FINE, CURB65, condensación unilobular, EPOC, ERC, VMNI, hipertensión o ingreso en UCI. Aunque posteriormente en la regresión logística si 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)	? ² (gl)	p	Significativo
Edad media (años)	Media ± DE	75,67 ± 14,38	70,31 ± 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)	? ² (gl)	p	Significativo
Edad media (años)	Media ± DE	75,4 ± 14,72	71,69 ± 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)

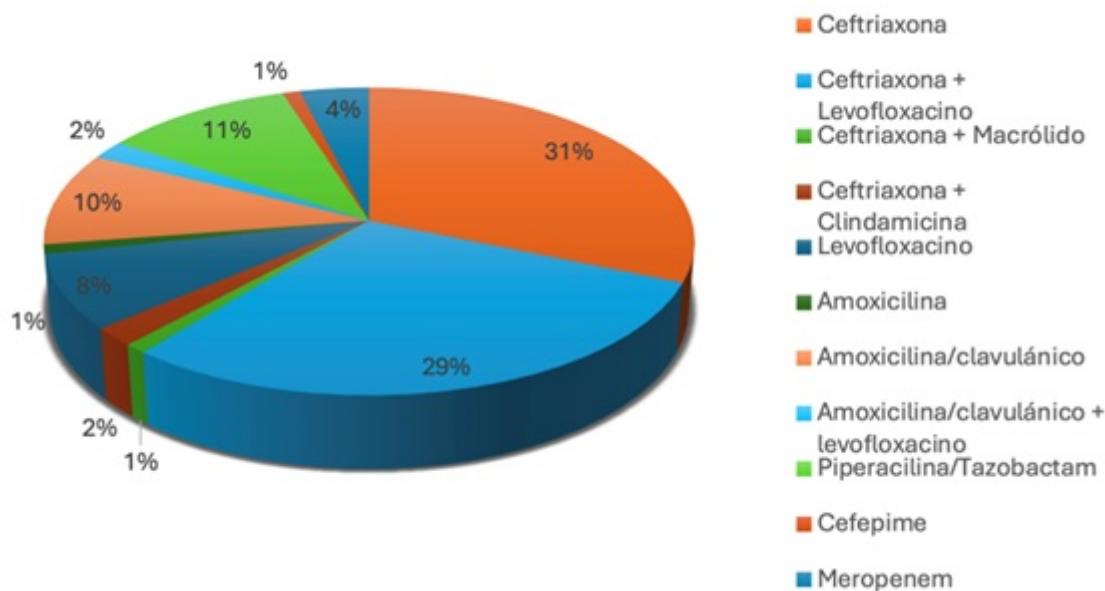
Variable	OR	p

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)	? ² (gl)	p	Significativo
Edad media (años)	Media ± DE	77,3 ± 16,371	71,523 ± 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.