

Derribando mitos en la neumonía adquirida en la comunidad. Cambio en el enfoque diagnóstico, clínico y terapéutico

Sebastian Luis, Scala¹; Tonin, Daniela Maria¹; Cooke, Bettina¹; Halligan, Sabrina¹; Balbuena, Juan Pablo¹; Vulcano, María Victoria¹; Romandetta, Agustin¹; Chapartegui, Sebastian Ignacio¹; Alzogaray, María Fernanda¹; Nannini, Esteban²; Pontoriero, Andrea³; Ariana, Chamorro³; Mykietuk, Analia¹

¹Instituto Médico Platense, La Plata, Argentina ;²Sanatorio Británico, Rosario, Argentina ;³ANLIS Malbran, Capital Federal, Argentina

Introducción

La NAC en el adulto se asocia con etiología bacteriana, radiológicamente el patrón de consolidación alveolar con bacterias y el infiltrado intersticial con virus. El avance en los métodos diagnósticos moleculares permite tener un nuevo enfoque.

Objetivo

Determinar la etiología, relación con el patrón radiológico, evolución y mortalidad de las NAC en adultos hospitalizados.

Métodos

Estudio prospectivo observacional en pts. hospitalizados con diagnóstico de NAC, desde el 01/06/21 al 31/12/23. Microbiología: hemocultivos en 134 pts. (74%); PCR multiplex en 73 pts. (40%) y en 107 (60%) PCR SARS-CoV-2, influenza A/B y VSR.

Aislamiento de bacterias en hemocultivos en NAC

Hemocultivos	Hisopados	Patrón RX	Mortalidad a 30 días	CURB	NEWS
A.R. SAMR	Adenovirus - SARS-CoV-2	Intersticio uni	Óbito	0	2
H.C. E. coli	NEGATIVO	Intersticio uni	Óbito	1	4
D.E. K. pneumoniae	NEGATIVO	Alveolar uni	Vivo	2	5
F.F. K. oxytoca	Parainfluenza 3	Intersticio uni	Vivo	1	3
S.S. E. coli	SARS-Cov-2	Intersticio bi	Óbito	1	4
G.R. S. pneumoniae	NEGATIVO	Alveolar bi	Vivo	3	5
F.R. SAMR	NEGATIVO	Alveolar uni, derrame pleural	Vivo	1	4
L.N. SAMS	NEGATIVO	Intersticio bi	Vivo	1	4

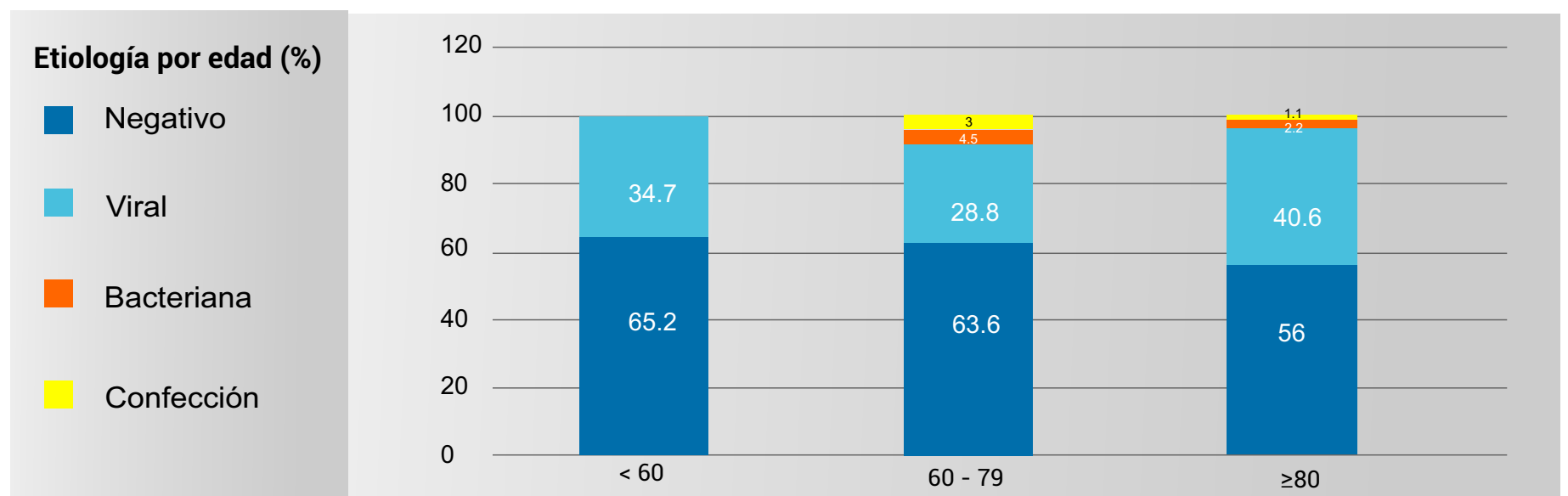
Intersticio bi: Intersticio bilateral; Intersticio uni: Intersticio unilateral; Alveolar uni: alveolar unilateral; Alveolar bi: Alveolar bilateral

Resultados

De 228 pts. con infección respiratoria, 180 (79%) tenían diagnóstico de NAC. Seguimiento al día 30, 175 pts. Las comorbilidades más frecuentes fueron: HTA (50%), enfermedad cardiovascular (30.6%) y EPOC (18.3%). Vacunación adecuada: COVID-19 66 %, antipneumococcica 35% e influenza 37,2%. Diagnóstico definitivo en 72 pts. (40%). Etiología viral 64 (89%): SARS-CoV-2, 32 (49%); influenza 11 (16%); metapneumovirus 7 (10%); rinovirus/enterovirus 6 (9%); virus sincitial respiratorio 2 (3%) y adenovirus 1 (1,5%), y coinfección viral 4 (6%): 1 adenovirus + SARS-COV-2; 1 influenza + SARS-CoV-2, y 2 rinovirus/enterovirus + SARS endémico. Etiología bacteriana 5 (7%): 1 SAMR, 1 SAMS, 1 *Kl.pneumoniae*, 1 *neumococo* y 1 *E.coli*. Coinfecciones virales/bacterianas 3(4%): 1 parainfluenza+ *K.oxytoca*, 1 Adenovirus/SARS-COV-2 y SAMR, y 1 SARS-COV-2 y *E. coli*. El patrón radiológico más frecuente en NAC virales fue intersticial bilateral (48%) e infiltrado alveolar unilateral (15%) y en las bacterianas intersticial bilateral (37%). Duración del tratamiento atb 6 días (1-20). La duración media de tratamiento antibiótico en NAC virales fue 5,36 días (1-11). La mortalidad al día 30 fue 29%. La mortalidad discriminada por edad: 9%, 17% y 38% para pts. < 60 años, de 60 a 79 años y > 80 años, respectivamente.

La mortalidad en NAC virales 31%; NAC bacteriana 20%, coinfección viral/bacteriana 67% y sin diagnóstico 26%.

Porcentaje de etiologías por rango etario



Discusión

La etiología más frecuente en nuestra cohorte fue viral. El patrón intersticial bilateral es el predominante, pero se presenta con frecuencia el infiltrado alveolar unilateral. El diagnóstico viral no cambió el tiempo de antibióticos. Se observa una mortalidad elevada a 30 días con incremento a partir de los 80 años y en coinfecciones virales/bacterianas. Son necesarios estudios multicéntricos que reformulen el enfoque diagnóstico y terapéutico.