

Ninguno	13	24%
TBC	9	16%
VIH	8	15%
HTA	5	9%
DNT	5	9%
ICC	4	7%
DM	3	5%
EPOC	3	5%
AR	2	4%
ASMA	2	4%
FIB. PUL.	1	1%
TOTAL	53	100%

Tabla 1: Factores de comorbilidad asociada en la NAC VCH 2008

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo transversal y cuantitativo. La población fueron 169 pacientes diagnosticados con NAC que se hospitalizaron en el servicio de Medicina Interna en el Hospital Clínico Viedma en la gestión 2008. La muestra corresponde a 53 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 15 años, hospitalizados en el periodo de enero a diciembre de 2008 que fueron diagnosticados con NAC por tinción de Gram y cultivo positivo de cualquiera de las siguientes muestras: expectoración, líquido pleural y hemocultivo y que

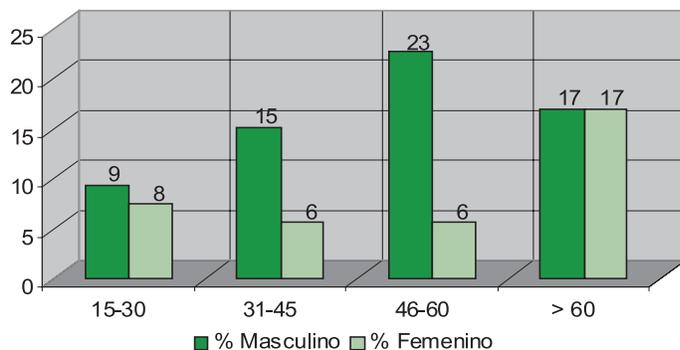


Figura 1: Incidencia según el sexo y la edad en pacientes con NAC en el HCV

CEFTRIAXONA	27	51%
CEFTRIAXONA/LEVOFLOXACINA	13	24%
CEFTRIAXONA/CLARITROMICINA	6	11%
CEFTRIAXONA/AMIKACINA	1	2%
PNC/LEVOFLOXACINA	1	2%
METRONIDAZOL	1	2%
CEFTACIDIMA/GENTAMICINA	1	2%
COTRIMOXAZOL	1	2%
CEFOTAXIMA	1	2%
AMOXICILINA	1	2%

Tabla 2: Antibióticos más usados en pacientes internados con NAC

no recibieron ningún tratamiento antibiótico previo. Criterios de exclusión: Pacientes menores de 15 años con diagnóstico de Neumonías Intrahospitalarias, sin tinción de Gram ni cultivos y/o que recibieron tratamiento antibiótico previo.

RESULTADOS

De 53 pacientes con NAC la mayor incidencia correspondió a pacientes de sexo masculino entre 46 y 60 años (fig. 1).

En relación a la comorbilidad asociada a la NAC: no se encontró comorbilidad asociada en 13 pacientes (24%) (tabla 1). El tipo de muestra para el diagnóstico etiológico fue el esputo en los 53 pacientes, cultivo de derrame pleural en 3 pacientes (5.6%), hemocultivo solo en 1 paciente (1.8%). En el esputo se evidenció crecimiento bacteriano en 50 pacientes, en cultivo de líquido pleural y hemocultivo los resultados fueron positivos, para *Streptococo pneumoniae*, *Streptococos spp* y el *Streptococos pyogenes* como los de mayor frecuencia seguidos por *Moraxella* y *Klebsiella*.

En el cultivo se realizó un antibiograma y los resultados fueron: sensibilidad y resistencia antibiótica del estreptococo; sensibilidad a la ceftriaxona 30 pacientes, levofloxacino 22 pacientes, cefotaxima 14 pacientes, penicilina 13 pacientes, amoxicilina / ácido clavulánico 9 pacientes, resistencia ceftriaxona 2 pacientes, azitromicina 0 pacientes, levofloxacino 0 pacientes, cefotaxima y amoxicilina/ácido clavulánico en ningún paciente (fig. 2).

Los antibióticos más usados en pacientes internados con el diagnóstico de NAC fueron los siguientes: ceftriaxona en 27 pacientes (51 %); la ceftriaxona más levofloxacino en 13 pacientes (24 %) (tabla 2).

DISCUSIÓN

En base a los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos llegar a las siguientes conclusiones: Es más frecuente la hospitalización de pacientes del sexo masculino y la edad más frecuente de este grupo etario es de 46-60 años, a nivel global la edad más frecuente tanto en varones como en mujeres es de mayores de 60 años.

En relación a las enfermedades asociadas a la NAC tenemos a las infecciones como VIH y TBC, pero se observa que es más frecuente la NAC sin comorbilidad asociada.

Según los resultados de cultivos se observa que el *S. pneumoniae* junto con el estreptococos spp y el *Streptococos pyogenes*, fueron los agentes etiológicos de mayor frecuencia. Nos llamó la atención la presencia de *Moraxella* y *Klebsiella* en los cultivos.

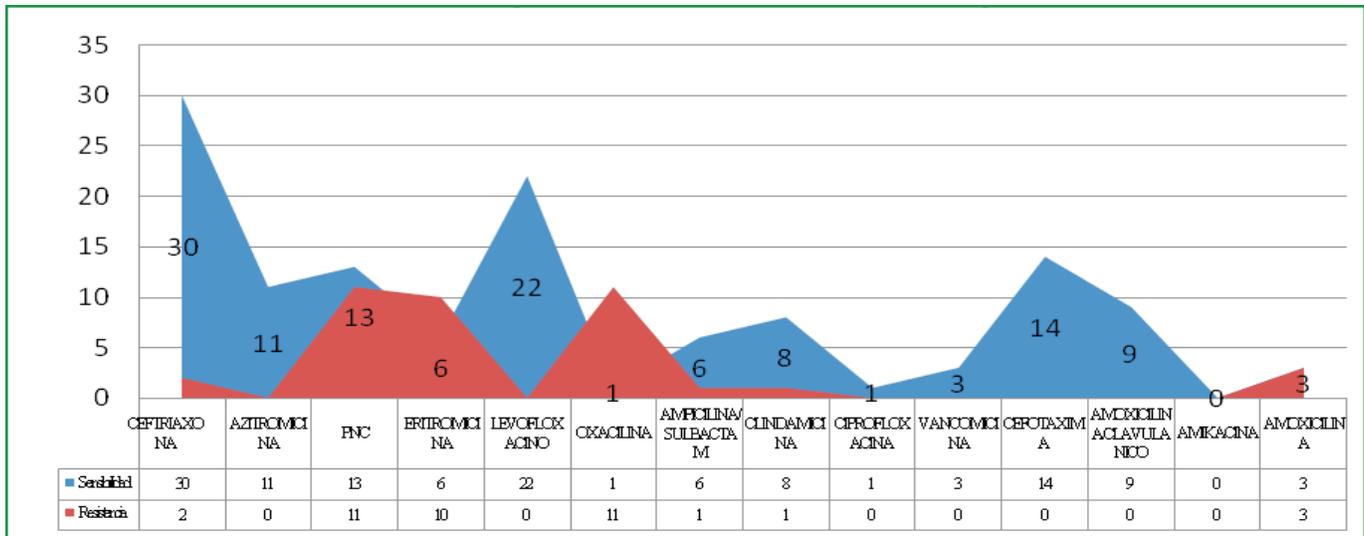


Figura 2: Antibiograma. Sensibilidad y resistencia al *S. pneumoniae*

Podemos afirmar que el examen específico más frecuentemente realizado en la NAC es el cultivo de esputo y en bajo porcentaje se solicita cultivo de líquido pleural y/o hemocultivo.

Según nuestros resultados se observó que el estreptococo es más sensible y con menos resistencia a las cefalosporinas de tercera generación (ceftriaxona, cefotaxima) y las quinolonas (levofloxacino).

En los pacientes internados en nuestro hospital, la familia de antibióticos más utilizados son las cefalosporinas de tercera generación, la ceftriaxona como monoterapia o asociado a quinolonas como el levofloxacino y los macrólidos como la claritromicina; según protocolo de NAC, el tiempo de tratamiento promedio fue de 10 días.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar al Dr. Jorge Aguirre López, Médico – Neumólogo del Hospital Clínico Viedma, por apoyarnos, guiarnos y corregirnos cuando el trabajo así lo ameritaba. A los pacientes que sin estar concientes del gran aporte que dieron para tratar de mejorar el tratamiento en pacientes futuros con las mismas características, al Complejo Hospitalario Francisco Viedma y su equipo de laboratorio donde se llevo a cabo el procesamiento de las mues-

tras y por ultimo pero sin restarles importancia a todos y cada uno de los miembros de la SCEM de la prestigiosa Universidad Mayor de San Simón de la acreditada Facultad de Medicina "Aurelio Melean".

REFERENCIAS

1. Farreras Valentí P, Domarus Av, Rozman C. **Medicina interna**. 16 ed. Madrid: Elsevier; 2008.
2. Reusi Roberto. **Evidencias en Medicina Interna**, 1 ed. Buenos Aires: Fundación Reussi; 2002.
3. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V, Collins T, Álvarez Baleriola I. **Robbins Patología estructural y funcional**. 6 ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2000.
4. Cecchini E, González Ayala SE. **Infectología y enfermedades infecciosas**. Buenos Aires: Edimed Ediciones Medicas; 2008.
5. Cecil RL, Goldman L, Ausiello DA. **Cecil medicine**. 23rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008.
6. Fauci AS. **Harrison's principles of internal medicine** / editors, Anthony S. Fauci, et al. 17th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2008.
7. McPhee SJ, Papadakis MA. **Current medical diagnosis & treatment, 2009**. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2009; 48th
8. Álvarez Lerma Z. **Neumonía nosocomial en pacientes críticos**. 1ª ed. Barcelona: Edikamed; 2007