

Neumonía asociada a ventilación mecánica

163

IMPACTO DE LA NEUMONÍA NOSOCOMIAL EN EL TRAUMATIZADO GRAVE EN ANDALUCÍA

M.D. Rincón Ferrari*, M.A. Muñoz Sánchez*, R. Romero Durán*, J.M. Jiménez Moragas**, F. Murillo Cabezas*, P. Jiménez González* y GRUPO GITAN

*H.U. Virgen del Rocío. Sevilla; **H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivo: Conocer la incidencia y la morbilidad relacionada con el desarrollo de neumonía nosocomial (NN) en los traumatizados graves (TG) de la comunidad andaluza.

Método: Estudio observacional prospectivo realizado durante 6 meses en diferentes provincias de Andalucía, dentro del estudio del Grupo Interdisciplinar de Trauma de Andalucía (GITAN). Se incluyen todos los TG (ISS > 15 y/o TSR < 12) ingresados en UCI de 16 hospitales participantes y se dividen en 2 grupos: Grupo 1: los TG que desarrollan NN y Grupo 2: los TG que no la desarrollaron. Se recogen datos demográficos, escalas de gravedad (TSR, ISS, APACHE II), área corporal lesionada, desarrollo de Síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA), de fracaso multiorgánico (FMO) y mortalidad y estancia en UCI. Se realiza estudio estadístico univariante mediante prueba de chi cuadrado y T de Student, con $p < 0,05$.

Resultados: Del total de 613 pacientes se incluyen los 600 ingresados en UCI. Ciento treinta y ocho (23%) desarrollaron NN, encontrándose 80 episodios de NN precoz (desarrollada en 1ª 48 horas) y 76 de NN tardía (desarrollada a partir del 3º día). No hubo diferencias en la edad, el sexo ni en el área corporal lesionada entre grupo de NN frente al de no NN. Sin embargo, sí se encontró diferencias significativas en la gravedad del TG en todas las escalas estudiadas (TSR $8,1 \pm 2,6$ vs $9,3 \pm 2,4$, $p < 0,001$; ISS $28,3 \pm 9,9$ vs $24,8 \pm 11,3$, $p = 0,001$; APACHE II $16,7 \pm 6$ vs $12 \pm 7,3$, $p < 0,001$). El grupo 1 desarrolló mayor proporción de SDRA (21% vs 3,5%, $p < 0,001$) y de FMO (15,2% vs 3%, $p < 0,001$), requiriendo mayor nº de traqueotomías y asociándose a mayor estancia en UCI ($19,4 \pm 13,6$ vs $7,2 \pm 8,8$ días) y mayor mortalidad (29,7% vs 18,6%, $p = 0,005$).

Conclusiones: La incidencia de NN en el TG es relativamente elevada, conllevando un aumento significativo de la morbilidad de los mismos.

165

IMPACTO DE LA NEUMONÍA NOSOCOMIAL ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

J.I. Sánchez Olmedo, V. Jorge Amigo, J.M. Flores Cordero, M.D. Rincón Ferrari y F. Murillo Cabezas

Servicio Cuidados Críticos y Urgencias. H. Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivo: Conocer el aumento de mortalidad y el incremento en la estancia (IE) en el traumatismo craneoencefálico grave (TCEG) atribuible al desarrollo de neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica (NNVM).

Método: Estudio prospectivo de casos y controles emparejados 1:1, realizado en una UCI neurotraumatológica de 22 camas durante 3 años. Se incluyeron TCEG (Glasgow Coma Scale-GCS ≤ 8) y estancia en UCI > 48 horas. Definición caso: Paciente con NNVM según los criterios del CDC. Definición control: Paciente ingresado durante el período de estudio que no desarrolló NNVM. Variables emparejamiento: a) edad (± 5 años), b) APACHE II (± 4), c) Injury Severity Score (± 4), d) lesiones cerebrales según la Traumatic Coma Data Bank y e) duración de la ventilación mecánica (VM) en los controles al menos igual a los días de VM previos al diagnóstico de NNVM en los casos. La mortalidad atribuible (MA) a NNVM se calculó restando mortalidad cruda de los controles a la de los casos. El IE atribuible a NNVM se calculó como la diferencia entre las medias de las estancias de los casos y los controles. Se utilizó el programa SPSS 9.0 considerando significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: 282 TCEG ingresados en UCI, 72 NNVM (25,5%), con 72 controles. Mortalidad global 18,1%, mortalidad casos en UCI 20,8% y 15,3% en controles ($p = 0,385$), MA a la adquisición de NNVM en el TCEG del 5,5%. Media de estancia en UCI de los casos fue $21,1 \pm 11,7$ días y $17,7 \pm 12,5$ días en los controles, produciéndose un IE atribuible a la NNVM de 3,4 días ($p = 0,008$).

Conclusiones: La NNVM en TCEG no incrementa la mortalidad aunque sí aumenta la estancia media en UCI de estos pacientes.

164

NEUMONÍAS ASOCIADAS A VENTILACIÓN MECÁNICA POLIMICROBIANAS

M. Palomar, F. Álvarez Lerma, E. Díaz, M. Sa y Grupo de Estudio de la NAV

Medicina Intensiva. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos: Estudiar las características de las neumonías asociadas a ventilación (NAV) de etiología polimicrobiana (PMC).

Método: Estudio prospectivo y multicéntrico (17 ICUs) de 1.704 pacientes (pts) consecutivos ventilados > 12 h que desarrollan NAV. Se comparan datos demográficos, factores de riesgo, etiología y evolución de los episodios PMC con el total de NAVs. Estadística: medias y test de Ji cuadrado.

Resultados: 353 pts desarrollaron 403 NAVs con 431 microorganismos (MO) de las que 71 VAPs en 70 pts fueron PMC aislándose 154 MO.

La edad fue de $52,5 \pm 19$ años en las NAV PMC vs $55,7 \pm 18,5$ años; sexo masculino 74,2 vs 71,5 %; la patología de base fue en %: médica 51,4 vs 57,5; cirugía programada 8,5 vs 11,6; cirugía urgente 12,8 vs 13,3 y trauma 27,1 vs 17,3 ($p = 0,007$). APACHE II $18,8 \pm 7,9$ vs $18,05 \pm 7,3$; GLASGOW $9,4 \pm 4,7$ vs $10,7 \pm 4,6$. La intubación fue electiva en el 28,2 vs 27,9 % de los casos (NS), pero existieron diferencias en el motivo: ins respiratoria en 27,5% vs 38,9%, coma 24,4 vs 16,7 % y otros 47,9 vs 44,3% ($p = 0,001$) y los días intubación fueron $15,3 \pm 11,4$ vs $13,7 \pm 10,5$. El día medio de aparición de la NAV fue $8,9 \pm 6,2$ vs $10,6 \pm 12,4$; la curación se produjo en el 80 vs 72,5 % de los episodios; la estancia media fue de $38,5 \pm 25,4$ vs $30,4 \pm 24,1$ días y la mortalidad del 41,4 vs 46,6 % (NS). La etiología fue en %

<i>S. aureus</i>	18,18	21,35
<i>P. aeruginosa</i>	14,29	21,30
<i>H. influenza</i>	10,39	8,35
<i>A. baumannii</i>	8,44	11,14
<i>S. pneumonia</i>	7,79	6,26

Conclusiones: Las NAV PMC se desarrollaron en pts más jóvenes, con más patología traumática, intubados con más frecuencia por coma y menos por insuficiencia respiratoria, de aparición más precoz, con estancias en UCI algo más prolongadas pero con mortalidad similar.

166

NEUMONÍA NOSOCOMIAL POR GÉRMINES MULTIRRESISTENTES EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

J.M. Flores Cordero, S. Gallego Lara, R. Amaya Villar y F. Murillo Cabezas

Servicio Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital U. Virgen del Rocío (RHT). Sevilla.

Objetivo: Conocer el aumento de mortalidad y el incremento en la estancia (IE) intraUCI en el traumatismo craneoencefálico grave (TCEG) atribuible a la neumonía nosocomial por gérmenes multiresistentes (NNGM)

Método: Estudio prospectivo caso/control 1:1, realizado en una UCI neurotraumatológica durante 3 años. Se incluyeron solo los TCEG (Glasgow Coma Scale-GCS ≤ 8) con estancia en UCI ≥ 48 horas. Definición de caso: Paciente con NN, cuyo aislamiento microbiológico fue *Acinetobacter* spp, *Pseudomonas aeruginosa* o *Stafilococo aureus* meticilín-resistente (SAMR). Definición de control: Paciente que no desarrolló en ningún momento NN. Las variables de emparejamiento empleadas fueron: a) edad (± 5 años), b) APACHE II (± 4), Injury Severity Score (ISS) (± 4), d) lesiones cerebrales según la Traumatic Coma Data Bank (TCDB) y e) duración de la ventilación mecánica (VM) en los controles al menos igual a los días de VM previos al diagnóstico de NNGM en los casos. La mortalidad atribuible (MA) se calculó restando la mortalidad cruda de los controles a la de los casos. El IE atribuible se calculó como la diferencia entre las medias de las estancias de los casos y los controles. Análisis estadístico: test de Wilcoxon con $p < 0,05$.

Resultados: De los 310 TCEG ingresados en UCI, se incluyeron 34 NNGM (11%), con sus 34 controles correspondientes. Los aislamientos microbiológicos fueron 27 *Acinetobacter* spp, 6 *Pseudomonas aeruginosa* y 1 SAMR. La mortalidad global de la serie fue del 18%. Seis casos fallecieron en UCI (17,6%) al igual que otros 6 controles (17,6%), calculándose una MA a la adquisición de NNGM en el TCEG del 0%. La media de estancia en UCI de los casos fue de 24 (17,75-31,25) días y de 19,5 (12,25-24) días en los controles, produciéndose un IE atribuible a la NNGM de 4,5 días ($p = 0,02$).

Conclusiones: La adquisición de NNGM en el TCEG no incrementa la mortalidad de estos pacientes, sin embargo sí provoca un aumento de la estancia en UCI de modo significativo.