

Características clínico-epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de neumonía grave adquirida en la comunidad

Clinical-epidemiological characteristics of patients diagnosed with severe community-acquired pneumonia

Características clínico-epidemiológicas de pacientes com diagnóstico de pneumonia comunitária grave

Luis Fong Pantoja^{1*} , Níger Guzmán Pérez² , Elizabeth Bárbara Dieguez Matamoros¹ 

¹ Hospital General Docente “Orlando Pantoja Tamayo”. Santiago de Cuba, Cuba.

² Hospital Militar “Dr. Joaquín Castillo Duany”. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia: luisfong87@nauta.cu

Recibido: 15-03-2024 Aprobado: 03-10-2024 Publicado: 06-10-2024

RESUMEN

Introducción: la neumonía adquirida en la comunidad es considerada un problema de salud prioritario a nivel internacional. **Objetivo:** caracterizar a los pacientes con diagnóstico de neumonía grave adquirida en la comunidad atendidos en la UCI y UCIE del Hospital General Docente Orlando Pantoja Tamayo, Granma, Cuba, según aspectos clínicos y epidemiológicos. **Método:** se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en 107 pacientes con neumonía grave adquirida en la comunidad, entre enero 2021 a diciembre de 2023. Se aplicaron las medidas resúmenes correspondientes para cada tipo de variable clínica y epidemiológica, en la comparación entre las variables según sexo se utilizó la prueba de Ji cuadrado de homogeneidad y la prueba U de Mann-Whitney según correspondiera. En la exploración de asociación entre variables se empleó la prueba de Ji cuadrado de independencia. Para cada prueba

estadística se aplicó un nivel de confianza $\alpha=0,05$. **Resultados:** la sepsis estuvo presente en el 47,2 % de los pacientes y la mortalidad alcanzó al 43,0 % de la muestra estudiada. La mediana para la edad fue de 65,0 años (RIC=23,0). Se encontró asociación estadística significativa entre las variables: disfunción múltiple de órganos, sepsis, drogas vasoactivas-inotrópicas positivas, infiltrado multilobar, llene capilar lento y gradiente térmico con el estado al egreso. **Conclusiones:** la neumonía grave adquirida en la comunidad se presenta a una edad avanzada, con presencia de sepsis y alta tasa de mortalidad; además, la disfunción múltiple de órganos, la sepsis, las drogas vasoactivas-inotrópicas positivas, el infiltrado multilobar, el llene capilar lento y el gradiente térmico están asociados a la mortalidad.

Palabras clave: neumonía; mortalidad; insuficiencia respiratoria; epidemiología



ABSTRACT

Introduction: community-acquired pneumonia is considered a priority health problem internationally. **Objective:** to characterize patients diagnosed with severe community-acquired pneumonia treated in the ICU and UCIE of the Hospital General Docente Orlando Pantoja Tamayo, Granma, Cuba, according to clinical and epidemiological aspects. **Method:** an observational, descriptive and cross-sectional study was carried out on 107 patients with severe community-acquired pneumonia, between January 2021 and December 2023. The corresponding summary measures were applied for each type of clinical and epidemiological variable, in the comparison between the variables according to sex, the Chi-square test for homogeneity and the Mann-Whitney U test were used as appropriate. The Chi-square test of independence was used to explore the association between variables. For each statistical test, a confidence level $\alpha=0.05$ was applied. **Results:** sepsis was present in 47.2% of patients and mortality reached 43.0% of the studied sample. The median for age was 65.0 years (IQR=23.0). A significant statistical association was found between the variables: multiple organ dysfunction, sepsis, positive vasoactive-inotropic drugs, multilobar infiltrate, slow capillary refill and thermal gradient with the status at discharge. **Conclusions:** severe community-acquired pneumonia occurs at an advanced age, with the presence of sepsis and a high mortality rate; Furthermore, multiple organ dysfunction, sepsis, positive vasoactive-inotropic drugs, multilobar infiltrate, slow capillary refill, and thermal gradient are associated with mortality.

Keywords: pneumonia; mortality; respiratory failure; epidemiology

Cómo citar este artículo:

Fong Pantoja L, Guzmán Pérez N, Dieguez Matamoros EB. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de neumonía grave adquirida en la comunidad. Rev Inf Cient [Internet]. 2024 [citado Fecha de acceso]; 103:e4609. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/4609>

RESUMO

Introdução: a pneumonia adquirida na comunidade é considerada um problema de saúde prioritário internacionalmente. **Objetivo:** caracterizar os pacientes com diagnóstico de pneumonia comunitária grave atendidos na UTI e UCIE do Hospital General Docente Orlando Pantoja Tamayo, Granma, Cuba, segundo aspectos clínicos e epidemiológicos. **Método:** estudo observacional, descritivo e transversal, realizado em 107 pacientes com pneumonia grave adquirida na comunidade, entre janeiro de 2021 e dezembro de 2023. Foram aplicadas as medidas resumo correspondentes para cada tipo de variável clínica e epidemiológica, na comparação entre as variáveis segundo sexo, foram utilizados o teste Qui-quadrado para homogeneidade e o teste U de Mann-Whitney, conforme apropriado. O teste Qui-quadrado de independência foi utilizado para explorar a associação entre as variáveis. Para cada teste estatístico foi aplicado um nível de confiança $\alpha=0,05$. **Resultados:** a sepse esteve presente em 47,2% dos pacientes e a mortalidade atingiu 43,0% da amostra estudada. A mediana para idade foi de 65,0 anos (IIQ=23,0). Foi encontrada associação estatística significativa entre as variáveis: disfunção de múltiplos órgãos, sepse, drogas vasoativas-inotrópicas positivas, infiltrado multilobar, enchimento capilar lento e gradiente térmico com o estado na alta. **Conclusões:** a pneumonia grave adquirida na comunidade ocorre em idade avançada, com presença de sepse e alta mortalidade; Além disso, disfunção de múltiplos órgãos, sepse, drogas inotrópicas vasoativas positivas, infiltrado multilobar, enchimento capilar lento e gradiente térmico estão associados à mortalidade.

Palavras-chave: pneumonia; mortalidade; insuficiência respiratória; epidemiologia



INTRODUCCIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se encuentra entre las primeras causas de sepsis, morbilidad, mortalidad y discapacidad; por lo que es considerada un problema de salud prioritario a nivel internacional. Es la segunda causa de ingresos hospitalarios y la primera causa de muerte por infecciones. La incidencia es variante y depende de las condiciones socioeconómicas, ambientales, acceso a los servicios de salud, edad y sexo. Se reporta, además, que puede afectar hasta 14 casos por cada 1 000 habitantes.⁽¹⁾

En los EE.UU. se diagnostican más de 4 millones de pacientes con NAC y, de ellos, requieren de hospitalización hasta un millón, lo cual deriva en altos gastos en la atención médica y que se ubique como la sexta causa de muerte. En 2017 en Argentina, la incidencia de la enfermedad fue de 384,2 casos por cada 100 000 habitantes, y los ingresos producto a la NAC alcanzó la cifra del 34,0 % de los pacientes diagnosticados.^(2,3)

En 2021, la neumonía en conjunto a la influenza se ubicó como la tercera causa de mortalidad en Cuba, con 229,0 fallecidos por cada 100 000 habitantes, y un incremento de aproximadamente cuatro veces comparado con el año anterior. Igual comportamiento se reportó en la provincia de Santiago de Cuba con 190,4 fallecidos por cada 100 000 habitantes y un incremento aproximado de tres veces el valor previo.⁽⁴⁾

La mayor carga de mortalidad en los pacientes con diagnóstico de NAC ocurre en los hospitales, tal es así que solo se estima una mortalidad inferior al 1,0 % en los pacientes que son atendidos ambulatoriamente. Entre un 20,0 a un 25,0 % de los pacientes diagnosticados por NAC requieren de ser ingresados y la tasa de mortalidad intrahospitalaria se ubica entre el 4,0 al 23,0 % de los pacientes. Es superior en los pacientes admitidos en las unidades de cuidados intensivos (UCI).^(1,5)

De 1 a 9 pacientes diagnosticados con NAC necesitarán ser admitidos en la UCI por el desarrollo de insuficiencia respiratoria grave, sepsis y choque séptico. La mortalidad en este grupo de pacientes es cercana al 50,0 % de los casos admitidos. En los últimos 15 años se ha presenciado un progresivo incremento en la incidencia de la NAC grave, acompañado de un descenso muy discreto de la mortalidad en estos pacientes.⁽⁶⁾

Conceptualmente, la NAC se define como la presencia de síntomas y signos de infección respiratoria baja, dado por: fiebre (>38 °C), tos, expectoración, dolor torácico, disnea y signos de ocupación del espacio alveolar. El diagnóstico se confirma por la presencia de un nuevo infiltrado pulmonar a través de una radiografía de tórax. Además, tiene en cuenta que los síntomas y signos presentes en el paciente comenzaran en la comunidad sin el antecedente de ingreso hospitalario en los 15 días previos y hasta 48 horas posterior a la hospitalización del paciente.⁽⁷⁾

En el año 2007 la *Infectious Disease Society of America/American Thoracic Society* estableció criterios para el diagnóstico de NAC grave, divididos en criterios menores: frecuencia respiratoria igual o mayor a 30 respiraciones/ minuto, relación presión parcial arterial de oxígeno/fracción inspiratoria de oxígeno igual o menor a 250 mmHg, infiltrados multilobares por radiografía de tórax, confusión/desorientación,



uremia igual o mayor 3,3 mmol/l (20 mg/dl), leucocitos menor a 4 000 células/ml, trombocitos menor a 100 000/ml, hipotermia (<36 °C), hipotensión arterial que requiere reanimación intensiva con líquidos. Entre los criterios mayores se pueden encontrar: choque séptico y necesidad de ventilación mecánica. Se considera NAC grave si el paciente cumple con un criterio mayor o tres o más criterios menores.⁽⁷⁾ Definición que se tuvo en cuenta para el desarrollo de la presente investigación.

Durante el estudio no se constataron otras investigaciones en el municipio de Contramaestre, provincia Santiago de Cuba, Cuba, referida a este tema; por tal motivo, se decidió realizar dicha investigación, la cual tiene como objetivo caracterizar a los pacientes con diagnóstico de neumonía grave adquirida en la comunidad según aspectos clínicos y epidemiológicos.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en la población de pacientes enfermos diagnosticados con NAC grave atendidos en la UCI y unidad de cuidados intensivos emergentes (UCIE) del Hospital General Docente Orlando Pantoja Tamayo, del municipio Contramaestre, provincia Santiago de Cuba, Cuba; en el período comprendido entre enero 2021 a diciembre de 2023.

La población estuvo definida por los 107 pacientes con diagnóstico de NAC grave, que cumplieron los siguientes criterios: pacientes mayores de 18 años, atendidos en la UCI y la UCIE, tratados con ventilación invasiva (VI), datos completos en la historia clínica, no fueran pacientes gestantes y ni púerperas, ni pacientes con COVID-19. La muestra estuvo constituida por el total de los pacientes con datos completos.

Las variables utilizadas para dar salida al objetivo de investigación fueron: sexo, posición hipostática, antecedentes patológicos personales (APP), disfunción múltiple de órganos (DMO), sepsis, drogas vasoactivas-inotrópicas positivas, llene capilar lento (>3 s), gradiente térmico, infiltrado multilobar, estado al egreso (fallecido, vivo), edad, índice de masa corporal (IMC), duración de la VI, tiempo de inicio de los síntomas hasta inicio de la VI, frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), tensión arterial sistólica (TAS), tensión arterial diastólica (TAD), tensión arterial media (TAM) y temperatura corporal.

Los datos primarios se obtuvieron del examen físico y de las historias clínicas de los pacientes al momento de ingreso en la UCI y UCIE. La obtención y medición de las variables evaluadas se realizó por el colectivo de autores.

Para las variables cualitativas se aplicó como medida resumen la frecuencia absoluta y el porcentaje, para las variables cuantitativas se empleó la mediana y el rango intercuartil (RIC). En la comparación de las variables entre ambos sexos se empleó la prueba de Ji cuadrado de homogeneidad (variables cualitativas) y la prueba U de Mann-Whitney (variables cuantitativas). En la exploración de asociación entre el estado al egreso (variable dependiente) y las variables independientes (posición hipostática, APP, DMO, sepsis, drogas vasoactivas-inotrópicas positivas, llene capilar lento, gradiente térmico, infiltrado multilobar) se utilizó la prueba de Ji cuadrado de independencia.



Para cada prueba estadística de Ji cuadrado de homogeneidad, Ji cuadrado de independencia y la prueba U de Mann-Whitney, se empleó un intervalo de confianza del 95,0 % y nivel de significación $\alpha=0,05$. Para el procesamiento estadístico se utilizó el SPSS v.26.0, los resultados fueron presentados en tablas.

La investigación se realizó previa autorización del Consejo Científico y de la Dirección del centro. Esta investigación se ajustó a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se puede observar que predominaron los pacientes masculinos para un 52,3 %, los APP estuvieron presentes en el 83,2 % de la muestra estudiada, seguido por la presencia de sepsis y pacientes fallecidos para un 47,2 % y 43,0 %, respectivamente. Además, se encontró diferencias estadísticas significativas en la proporción de casos entre ambos sexos para las variables presencia de infiltrado multilobar y pacientes fallecidos, en ambos casos con predominio del sexo masculino.

Tabla 1. Pacientes con neumonía grave adquirida en la comunidad según presencia de variables cualitativas y sexo

Variables	Sexo		Total (n=107)	Ji cuadrado
	Femenino (n=51)	Masculino (n=56)		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Hipostática	18 (35,3)	18 (32,1)	36 (33,6)	p=0,730
APP	43 (84,3)	46 (82,1)	89 (83,2)	p=0,764
DMO	15 (29,4)	26 (46,4)	41 (38,3)	p=0,075
Sepsis	24 (47,1)	27 (48,2)	51 (47,7)	p=0,905
Drogas vasoactivas-inotrópicas positivas	16 (31,4)	23 (41,1)	39 (36,4)	p=0,298
Llene capilar lento	18 (35,3)	24 (42,9)	42 (39,3)	p=0,424
Gradiente térmico	15 (29,4)	17 (30,4)	32 (29,9)	p=0,915
Infiltrado multilobar	13 (25,5)	31 (55,4)	44 (41,1)	p=0,002
Fallecidos	15 (29,4)	31 (55,4)	46 (43,0)	p=0,007

Nota: APP: antecedentes patológicos personales, DMO: disfunción múltiple de órganos.

Al analizar las variables cuantitativas (Tabla 2), se constató una mediana para la edad de 65,0 años (RIC=23,0), a su vez la duración de la ventilación invasiva presentó una mediana de 3,0 días (RIC=2,0). Se comprobaron diferencias estadísticas significativas entre las medianas de ambos sexos para las siguientes variables: tiempo de inicio de los síntomas hasta inicio de la VI y la frecuencia respiratoria.



Tabla 2. Pacientes con neumonía grave adquirida en la comunidad según presencia de variables cuantitativas y sexo

Variables	Sexo		Total (n=107) Mediana (RIC)	UMW
	Femenino (n=51) Mediana (RIC)	Masculino (n=56) Mediana (RIC)		
Edad (años)	73,0 (37,0)	61,5 (20,0)	65,0 (23,0)	p=0,351
IMC (kg/m ²)	24,8 (8,3)	23,5 (4,2)	23,7 (5,5)	p=0,801
Duración de la VI (días)	4,0 (2,0)	3,0 (3,0)	3,0 (2,0)	p=0,448
Tiempo de inicio de los síntomas hasta inicio de la VI (días)	5,0 (5,0)	7,0 (3,0)	6,0 (4,0)	p=0,014
FC (lat/min)	106,0 (29)	101,5 (30,0)	103,0 (29,0)	p=0,530
FR (resp/min)	28,0 (8,0)	26,5 (8,0)	28,0 (8,0)	p=0,041
TAS (mmHg)	110,0 (28,0)	114,0 (43,5)	110,0 (32,0)	p=0,132
TAD (mmHg)	64,0 (20,0)	70,0 (23,0)	70,0 (20,0)	p=0,311
TAM (mmHg)	76,6 (23,3)	87,3 (26,5)	82,0 (24,6)	p=0,165
Temperatura (°C)	36,2 (0,4)	36,4 (0,6)	36,4 (0,6)	p=0,513

Nota: IMC: índice de masa corporal, VI: ventilación invasiva, FC: frecuencia cardíaca, FR: frecuencia respiratoria, TAS: tensión arterial sistólica, TAD: tensión arterial diastólica, TAM: tensión arterial media, UMW: prueba de U de Mann-Whitney.

Al explorar la asociación entre variables (Tabla 3), se comprobó la existencia de asociación estadística significativa entre DMO/estado al egreso y sepsis/estado al egreso, con mayor incidencia de los pacientes en el grupo de ausencia de la condición y estado al egreso vivo.

Tabla 3. Asociación entre la posición hipostática, antecedentes patológicos personales, disfunción múltiple de órganos y la sepsis con el estado al egreso

Variables		Estado al egreso		Total (107) n (%)	Ji cuadrado
		Fallecido (n=46)	Vivo (n=61)		
		n (%)	n (%)	n (%)	
Posición hipostática	Sí	15 (32,6)	21 (34,4)	36 (33,6)	p=0,844
	No	31 (67,4)	40 (65,6)	71 (66,4)	
APP	Sí	37 (80,4)	52 (85,2)	89 (83,2)	p=0,510
	No	9 (19,6)	9 (14,8)	18 (16,8)	
DMO	Sí	32 (69,6)	9 (14,8)	41 (38,3)	p<0,001
	No	14 (30,4)	52 (85,2)	66 (61,7)	
Sepsis	Sí	35 (76,1)	16 (26,2)	51 (47,7)	p<0,001
	No	11 (23,9)	45 (73,8)	56 (52,3)	

Nota: APP: antecedentes patológicos personales, DMO: disfunción múltiple de órganos.

En la Tabla 4 se observa que se constató asociación estadística significativa entre las variables: drogas vasoactivas-inotrópicas positivas/estado al egreso, infiltrado multilobar/estado al egreso, llene capilar lento/estado al egreso, gradiente térmico/estado al egreso. Con mayor incidencia de los pacientes en el grupo de ausencia de la condición y estado al egreso vivo.



Tabla 4. Asociación entre las variables drogas vasoactivas-inotrópicas positivas, infiltrado multilobar, llene capilar lento y gradiente térmico con el estado al egreso

Variables		Estado al egreso		Total (107)	Ji cuadrado
		Fallecido (n=46)	Vivo (n=61)		
		n (%)	n (%)	n (%)	
Drogas vasoactivas- inotrópicas positivas	Sí	28 (60,9)	11 (18,0)	39 (36,4)	p<0,001
	No	18 (39,1)	50 (82,0)	68 (63,6)	
Infiltrado multilobar	Sí	35 (76,1)	9 (14,8)	44 (41,1)	p<0,001
	No	11 (23,9)	52 (85,2)	63 (58,9)	
Llene capilar lento	Sí	30 (65,2)	12 (19,7)	42 (39,3)	p<0,001
	No	16 (34,8)	49 (80,3)	65 (60,7)	
Gradiente térmico	Sí	24 (52,2)	8 (13,1)	32 (29,9)	p<0,001
	No	22 (47,8)	53 (86,9)	75 (70,1)	

DISCUSIÓN

Al revisar la literatura foránea y nacional, se comprobó que Montiel, *et al.*⁽⁵⁾ constataron una mayor incidencia del sexo femenino para un 54,8 % de los pacientes, las comorbilidades estuvieron presentes en el 92,3 % de la muestra y reportaron una mortalidad que alcanzó el 29,8 % de los pacientes. A su vez, García, *et al.*⁽²⁾ destacan la mayor presencia del sexo masculino en la investigación, además de que los APP estuvieron presentes en el 75,4 % de la muestra estudiada.

Ramírez⁽⁸⁾ en su investigación destaca un franco predominio del sexo masculino con un 80,0 % de la muestra estudiada, los antecedentes personales de enfermedades estuvieron presente en más del 65,0 % de los pacientes y reportó una mortalidad del 35,0 % de los casos admitidos por NAC. Por otra parte, Saldías, *et al.*⁽⁹⁾ describen un predominio del sexo masculino con el 50,3 % y presencia de comorbilidades en el 82,3 % de la muestra; los propios autores constataron la presencia de patrón de infiltrado multifocal en la radiografía de tórax en más del 48,0 % de los pacientes con NAC de etiología bacteriana y viral.

Kim, *et al.*⁽¹⁰⁾ encontraron que el sexo masculino estuvo presente en el 61,7 % de la muestra estudiada con bacteriemia, el choque séptico presentó una incidencia del 27,4 % de los pacientes y la mortalidad fue del 40,6 %. Además, Sellarès, *et al.*⁽¹¹⁾ destacan que el sexo masculino predominó con el 63,5 % de los pacientes, la consolidación pulmonar bilateral se encontró en el 12,6 %, el choque séptico en el 10,3 % y una mortalidad durante la hospitalización que alcanzó el 8,0 %; así mismo, Hyun, *et al.*⁽¹²⁾ describen que el 5,2 % de los pacientes con NAC desarrollaron bacteriemia.

Al comparar los resultados, se constatan que no existieron coincidencias con la investigación de Montiel, *et al.*⁽⁵⁾ con respecto al sexo predominante, lo cual no tuvo igual comportamiento al resto de las investigaciones^(2,8-11) citadas previamente, donde el sexo masculino mantuvo similar comportamiento a la presente investigación.



Con respecto a las diferencias encontradas en la proporción de pacientes con diagnóstico de NAC en ambos sexos, Corica, *et al.*⁽¹³⁾ describen que esta diferencia se debe al papel protector del estrógeno en la salud femenina frente a las enfermedades infecciosas respiratorias, papel protector que se pierde a medida que avanza la edad en el sexo femenino. A opinión de los autores de la presente investigación, la diferencia de proporción entre ambos sexos en la NAC obedece a más de una causa biológica, y se deben explorar a mayor profundidad los aspectos sociales, económicos y espirituales subyacentes en este problema.

Por otra parte, la mortalidad reportada por los autores Montiel⁽⁵⁾, Ramírez,⁽⁸⁾ y Sellarès⁽¹¹⁾ fue menor a la del presente estudio; solo se constató coincidencia con el estudio de Kim, *et al.*⁽¹⁰⁾ La presencia de una elevada mortalidad en los pacientes con NAC grave en el presente estudio está en relación con una alta incidencia de la sepsis y la DMO en los pacientes. El resto de los hallazgos descritos presentan comportamientos similares.

Al mismo tiempo, Montiel, *et al.*⁽⁵⁾ describen una media para la edad de 57,5 años (DE=22,8) y predominio del grupo etario de más de 65 años con el 41,1 % de los pacientes. Sumado a lo anterior, García, *et al.*⁽²⁾ en su estudio destacan que el grupo etario de mayor proporción de pacientes fue el de 70 años o más, Ramírez⁽⁸⁾ destaca que la mayor incidencia de pacientes se encontraba en el grupo etario mayor a 60 años y Saldías, *et al.*⁽⁹⁾ describen una media para la edad de 70,2 años (DE=18,5).

Kim, *et al.*⁽¹⁰⁾ constataron una mediana para la edad y el IMC de 73,0 años (RIC=17,8) y 21,3 kg/m² (RIC=5,3), respectivamente; a su vez describen que la mediana para la TAM fue de 66,7 mmHg (RIC=21,0), para la FC fue de 113,0 latidos por minutos (RIC=32,0) y para la FR fue de 24,0 respiraciones por minutos (RIC=8,0). Carmo, *et al.*⁽¹⁴⁾ describen una mediana para la FC de 91,0 latidos por minutos (RIC=32,0), para la FR de 22,0 respiraciones por minutos y la temperatura corporal de 36,2 °C (RIC=1,2). Corona, *et al.*⁽³⁾ destacan que el 52,2 % de los pacientes tuvieron una evaluación nutricional de sobrepeso según el IMC y Hyun, *et al.*⁽¹²⁾ una media de 22,4 kg/m² (DE=4,0) para el IMC.

Los hallazgos descritos en las investigaciones^(2,3,5,8-10,12,14) mencionadas previamente son coincidentes a lo reportado en la presente investigación.

En cuanto a las variables relacionadas con la mortalidad en pacientes con NAC, Montiel, *et al.*⁽⁵⁾ no encontraron asociación estadística significativa entre la presencia de comorbilidades y la mortalidad. Sin embargo, García, *et al.*⁽²⁾ describen al *quick Sequential Organ Failure Assessment* (qSOFA) mayor a 2 puntos como un factor pronóstico de mortalidad en el paciente con NAC grave con una razón de probabilidades (OR)=3,08 (IC 95,0 %: 1,07 – 8,85, p=0,033); que a su vez es utilizado en el reconocimiento de los pacientes con sepsis al momento de admisión hospitalaria.

De igual manera, Corona, *et al.*⁽³⁾ en su investigación de factores relacionados con mortalidad en pacientes con NAC, constataron que la presencia de encamamiento previo presentó un OR=3,2 (IC 95,0 %: 2,1 – 4,8), la presencia de enfermedad crónica con un OR=2,0 (IC 95,0 %: 1,1 – 3,6). Además, Kim, *et al.*⁽¹⁰⁾ encontraron que un factor de riesgo para fallecer en los pacientes con NAC grave era la sepsis, con un OR=2,22 (IC 95,0 %: 1,54 – 3,03).



A su vez, García, *et al.*⁽²⁾ encontraron asociación estadística significativa entre la presencia de infiltrado multilobar bilateral con la mortalidad en la NAC grave, mientras que Corona, *et al.*⁽³⁾ comprobaron que el infiltrado multilobar bilateral era un factor pronóstico de mortalidad en estos pacientes (OR=1,6; IC 95,0 %: 1,08 – 2,50). Y Carmo, *et al.*⁽¹⁴⁾ en su investigación de derivación y validación de una nueva escala de gravedad para la admisión en la UCI de los pacientes con NAC, constataron que la necesidad de uso de vasopresores tenía un OR (ajustado)=4,28 (IC 95,0 %: 1,48 – 12,32) para la probabilidad de fallecer.

Los estudios^(2,5,10,14) citados fueron coincidentes con la presente investigación, a excepción de la investigación de Corona, *et al.*⁽³⁾, que reconoce la asociación del encamamiento previo con la mortalidad lo cual no se comprobó en el presente estudio.

CONCLUSIONES

La neumonía grave adquirida en la comunidad se presenta a una edad avanzada, con presencia de sepsis y una alta tasa de mortalidad; además la sepsis, la DMO, el uso de drogas vasoactivas-inotrópicas positivas, el infiltrado multilobar, el llene capilar lento y el gradiente térmico están asociados a la mortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agüero Sánchez AC, Rivera Fumero S, Salas Garita F. Abordaje actualizado sobre la neumonía adquirida en la comunidad en adultos. Rev Cienc Salud Integrando Conoc [Internet]. 2020 [citado 16 Ene 2024]; 4(3):54-64. DOI: <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v4i3.148>
2. García Pérez EH, Urbay Ruiz ÁA, Santiago Rangel D, Rodríguez Rueda JM, Sosa Pineda WR, Molina Linares II. Escala quick SOFA como predictor de mortalidad en pacientes con neumonía grave. Rev Cuba Med Intensiva Emerg [Internet]. 2023 [citado 16 Ene 2024]; 22(2):e960. Disponible en: <https://revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/960>
3. Corona Martínez LA, González Morales I, Fragoso Marchante MC, Cruz de los Santos H. Factores relacionados con la letalidad en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad hospitalizados. MediSur [Internet]. 2021 [citado 17 Ene 2024]; 19(1):42-53. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=100032>
4. Anuario estadístico de salud 2021. 50.^a ed. La Habana: Ministerio de Salud Pública, Dirección de registros médicos y estadísticas de salud; 2022 [citado 18 Ene 2024].
5. Montiel DE, Jarolin M, Núñez P, López Ibarra F. Características clínicas y mortalidad de pacientes con Neumonía Adquirida en la Comunidad en el Hospital Nacional de Itauguá. Rev Científica Cienc Salud [Internet]. 2020 [citado 18 Ene 2024]; 2(1):44-53. DOI: <https://doi.org/10.53732/rccsalud/02.01.20.20.44>



6. Ferreira Coimbra J, Sarda C, Rello J. Burden of Community-Acquired Pneumonia and Unmet Clinical Needs. *Adv Ther* [Internet]. 2020 [citado 18 Ene 2024]; 37(4):1302-1318. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12325-020-01248-7>
7. de Mangou A, Combe A, CoolenAllou N, Miltgen G, Traversier N, Belmonte O, *et al.* Severe community-acquired pneumonia in Reunion Island: Epidemiological, clinical, and microbiological characteristics, 2016–2018. *PLoS ONE* [Internet]. 2022 [citado 19 Ene 2024]; 17(4):e0267184. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267184>
8. Ramirez Rivera RP. Características clínico epidemiológicas de neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital María Auxiliadora 2019 [Internet]. [Tesis de especialidad]. Piura, Perú: Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2021 [citado 19 Ene 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/65646>
9. Saldías F, Herrera E, Nieto N, Fernández F, Manzur F, Leiva I. Características radiográficas de la neumonía adquirida en la comunidad en el adulto inmunocompetente hospitalizado según el agente causal. *Rev Chil Enfermedades Respir* [Internet]. 2022 [citado 20 Ene 2024]; 38(2):96-105. DOI: <https://doi.org/10.4067/s0717-73482022000300096>
10. Kim TW, Lee SU, Park B, Jeon K, Park S, Suh GY, *et al.* Clinical effects of bacteremia in sepsis patients with community-acquired pneumonia. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2023 [citado 20 Ene 2024]; 23(1):887. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-023-08887-5>
11. Sellarès Nadal J, Burgos J, Martín Gómez MT, Antón A, Sordé R, Romero Herrero D, *et al.* Community-acquired pneumonia in hospitalised patients: changes in aetiology, clinical presentation, and severity outcomes in a 10-year period. *Ann Med* [Internet]. 2022 [citado 21 Ene 2024]; 54(1):3052-3059. DOI: <https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2138529>
12. Hyun H, Song JY, Yoon JG, Seong H, Noh JY, Cheong HJ, *et al.* Risk factor-based analysis of community-acquired pneumonia, healthcare-associated pneumonia and hospital-acquired pneumonia: Microbiological distribution, antibiotic resistance, and clinical outcomes. *PLoS ONE* [Internet]. 2022 [citado 21 Ene 2024]; 17(6):e0270261. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270261>
13. Corica B, Tartaglia F, D'Amico T, Romiti GF, Cangemi R. Sex and gender differences in community-acquired pneumonia. *Intern Emerg Med* [Internet]. 2022 [citado 21 Ene 2024]; 17(6):1575-1588. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11739-022-02999-7>
14. Carmo TA, Ferreira IB, Menezes RC, Telles GP, Otero ML, Arriaga MB, *et al.* Derivation and Validation of a Novel Severity Scoring System for Pneumonia at Intensive Care Unit Admission. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2020 [citado 21 Ene 2024]; 72(6):942-949. DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa183>

Declaración de conflictos de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.



Contribución de los autores:

Luis Fong Pantoja: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración de proyecto, recursos, supervisión, validación, visualización, redacción-preparación del borrador original, redacción-revisión y edición.

Niger Guzmán Pérez: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, recursos, supervisión, validación, visualización, redacción-preparación del borrador original, redacción-revisión y edición.

Elizabeth Bárbara Dieguez Matamoros: conceptualización, curación de datos, investigación, recursos, supervisión, validación, redacción-preparación del borrador original, redacción-revisión y edición.

Financiación:

No se recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.

Archivo complementario (Open Data):

[Base de datos sobre características clínico-epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de neumonía grave adquirida en la comunidad](#)

