Prevalencia de neumonía nosocomial y factores de riesgo asociados a la intubación de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos en la clínica de alta complejidad

Laura Soto Fernandez[1] Leonardo Ferney Sandoval[1], Olga Velásquez[2]Adriana Jaramillo[2].
1. Estudiante de Postgrado de Periodoncia, UNICOC, Cali 2. Docentes Posgrado UNICOC, Cali

La neumonía nosocomial u hospitalaria ocurre 48 horas o más después de la admisión hospitalaria y no se incuba al momento de la admisión, hasta 72 horas después de la salida hospitalaria.

Dentro de las medidas de prevención de la neumonía se debe tener en cuenta el mantenimiento de una higiene oral adecuada. Esto reduce la colonización de la oro faringe, lo que resulta más económico que las medidas generales de desinfección digestiva con antibióticos y controla el aumento de bacterias resistentes a los antibióticos.

Objetivo general

- Determinar la prevalencia de neumonía nosocomial asociada a la previa intubación de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos en una clínica de alta complejidad de la ciudad de Cali en un periodo de 5 años comprendido entre 2013-2018.

Objetivo especifico

- Identificar el protocolo de higiene oral utilizado en los pacientes previos a la intubación en la unidad de cuidados intensivos.
- Identificar las características sociodemográficas (edad, sexo, estrato socioeconómico) de la población de estudio.

TIPO ESTUDIO: Retrospectivo- descriptivo

UNIDAD DE OBSERVACIÓN: Historias clínicas pertenecientes a pacientes intubados e internados en la unidad de cuidados intensivos en una clínica de alta complejidad en el periodo comprendido entre el año 2013-2018.

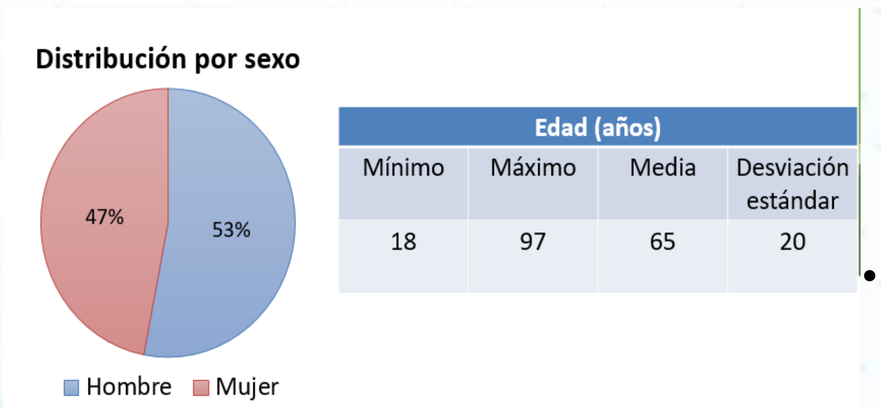
POBLACIÓN DE ESTUDIO: Pacientes intubados e internados en la unidad de cuidados intensivos en una clínica de alta complejidad en el periodo comprendido entre el año 2013-2018.

Tabla 1. Prevalencia de neumonia nosocomial

Número de pacientes ingresados en la UCI en el periodo 2013-2018	Número de pacientes que presentaron neumonía nosocomial
8.118 Pacientes	115

$$Prevalencia = (8.118 \div 115) \times 100) = \mathbf{1,41}\%$$

Tabla 2. Caracteristicas sociodemograficas



Edad (años)			
Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
18	97	65	20

Tabla 3. Frecuencia de los factores de riesgo en la población del estudio.

FACTOR DE RIESGO		N	%
Sexo	Hombre	61	53,0%
	Mujer	54	47,0%
Motivo de Consulta	Relacionado a enfermedad respiratoria	15	13,0%
	Sin relación a enfermedad respiratoria	100	87,0%
Antecedentes Clínicos Sistémicos	Presenta	105	91,3%
	No presenta	10	8,7%
Presencia de Protocolo de Higiene Bronquial	Si	115	100,0%
Presencia de Protocolo de Higiene Oral	Si	74	64,3%
	No	41	35,7%
Neumonía Postoperatoria	Si	115	100,0%
	No	0	0,0%
Tabaquismo	Si	63	54,8%
	No	52	45,2%
Nutrición Enteral	Si	57	49,6%
	No	58	50,4%
Sonda Nasogástrica	Si	60	52,2%
	No	55	47,8%

Tabla 4 Relación del sexo con la presencia de factores de riesgo.

SEXO	FACTOR DE RIESGO		TOTAL	P
	PRESENCIA DE PROTOCOLO DE HIGIENE ORAL			P (Chi cuadrado)
	Si	No		
Hombre	39	22	61	
Mujer	35	19	54	0,922
	TABAQUISMO			
	Si	No		
Hombre	32	29	61	
Mujer	31	23	54	0,595
	NUTRICIÓN ENTERAL			
	Si	No		
Hombre	31	30	61	
Mujer	26	28	54	0,775

- La prevalencia de Neumonía Nosocomial en la UCI de una clínica de alta complejidad, en el periodo estudiado, fue baja.
- No se encontró asociación significativa entre el sexo de los pacientes y la presencia de un protocolo de higiene bronquial registrado en la historia clínica, ni con tabaquismo o nutrición enteral
- El motivo de consulta, categorizado según su relación con enfermedad respiratoria, no estuvo asociado con significancia estadística con variables sistémicas, antecedentes clínicos o manejo durante la estancia en UCI

1. Torres A, Niederman MS, Chastre J, et al. Summary of the international clinical guidelines for the management of hospital-acquired and ventilator-acquired pneumonia. ERJ Open Res 2018; 4: 00028-2018.
2. Diaz E, Martin-Loeches I, Valles J. Neumonia nosocomial [Nosocomial pneumonia]. Enferm Infecc y Microbiol Clin 2013; 31: 692–698.
3. Kumar A, Zarychanski R, Light B, et al. Early combination antibiotic therapy yields improved survival compared with monotherapy in septic shock: a propensity-matched analysis. Crit Care Med 2010.
4. N. Safdar, C.J. Crnich, D.G. Maki.The pathogenesis of ventilator-associated pneumonia: its relevance to developing effective strategies for prevention. Respir Care, 50 (2005), pp. 725-739
5. Garnacho-Montero J, Gutiérrez-Pizarraya A, Escoresca-Ortega A, et al. De-escalation of empirical therapy is associated with lower mortality in patients with severe sepsis and septic shock. Intensive Care Med 2014; 40: 32–40
6. Luna CM, Blanzaco D, Niederman MS, et al. Resolution of ventilator-associated pneumonia: prospective evaluation of the clinical pulmonary infection score as an early clinical predictor of outcome. Crit Care Med 2003; 31: 676–6.
7. Andre´a D. N. Ja´como, MD;1Effect of Oral Hygiene with 0.12% Chlorhexidine Gluconate on the Incidence of Nosocomial Pneumonia in Children Undergoing Cardiac Surgery infection control and hospital epidemiology june 2011, vol. 32, no. 6.