



O.M.4. Prevalencia e impacto sobre la mortalidad de la coinfección por virus en pacientes con Neumonía adquirida en el hospital grave y Neumonía asociada a ventilación mecánica

Francisco Javier Reina Martínez¹, Alicia Delgado Barroso¹, Esperanza Fernández Delgad¹, Mar Bellido Barquero², María Adriaensens Pérez¹, Pilar Egea Miranda², Rosario Amaya Villar¹, José Antonio Lepe Jiménez², José Garnacho Montero¹.

1. UGC Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

2. Servicio de Microbiología. UGC Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Parasitología. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave

Neumonía asociada a ventilación mecánica, neumonía nosocomial, Filmarray, lavado broncoalveolar, neumonía vírica

Introducción

La coinfección por virus en el contexto de la Neumonía asociada a cuidados sanitarios (Neumonía de Adquisición Hospitalaria (NAH) y Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAVM)) es un proceso poco conocido y documentado en el paciente crítico no inmunodeprimido, con mayor reconocimiento en los últimos años asociada a la pandemia por COVID-19. Del mismo modo, los factores de riesgo para su aparición e implicaciones pronósticas también son ampliamente desconocidas.

Objetivos

Determinar la prevalencia de coinfección por virus en pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de NAH grave con necesidad de ventilación mecánica o NAVM.

Describir las asociaciones con su desarrollo así como impacto sobre la estancia hospitalaria y mortalidad.

Material y método

Estudio retrospectivo (julio 2022 a noviembre de 2024) de los episodios de sospecha de NAVM o de neumonía nosocomial que han requerido intubación en UCI en los que se realizara fibrobroncoscopia y Lavado broncoalveolar que se procesara mediante técnica PCR múltiple (*BioFire® FilmArray® Pneumonia Panel*).

Determinación de prevalencia de detección de ADN/ARN vírico en las muestras para establecer la coinfección por virus. Se recogen variables cuantitativas y cualitativas epidemiológicas, así como frecuencias de cada microorganismo, días de estancia hospitalaria y mortalidad; expresándose en medias y medianas o proporción según proceda.

Se realiza comparación mediante test estadísticos paramétricos (T-student) y no paramétricos (Chi-cuadrado). Aprobación preceptiva por CEI (SICEIA-2024-001437).



Resultados

Se recogen un total de 150 muestras de LBA procedente de 117 pacientes. Se identificaron virus en 48 muestras de LBA (32%).

En relación a los virus más frecuentemente aislados, los *Coronavirus* no SARS-CoV-2 y los *Rhinovirus* fueron los grupos más prevalentes (25 y 34%), seguidas por Influenza A (14%).

La proporción en muestras de pacientes con NAH respecto a NAVM fue superior aunque de forma no significativa estadísticamente (40% vs. 28%, $X^2 1.69$, $p > 0.1$). Tampoco se encontraron diferencias en su aparición con la coexistencia o no de infección bacteriana aislada por cultivo tradicional (35% vs 29%, $X^2 0,46$, $p = 0.5$). 11 de ellos (22%) habían sido aislados previamente en muestras anteriores al cuadro actual, de predominancia Influenza A (45%) y SARS-CoV-2 (30%).

En ambos grupos, el motivo de ingreso predominante fue insuficiencia respiratoria en mayor frecuencia en aquellos pacientes con infección por virus (50% vs. 71%), seguido del Shock Séptico (19% vs. 8%) aunque de forma no significativa. NO se encontraron diferencias en edad, mediana de estancia en UCI (39 vs. 32) ni en mortalidad (38% vs 35%). El 56% de los casos presentaban algún grado de inmunosupresión previo. Tampoco se encontraron diferencias significativas en la PCR media sérica (223 vs. 207mg/dL) ni en la puntuación mCPIS media (5.2 vs. 5.4) entre los casos de coinfección vírica.

Conclusiones

La detección de virus respiratorios en muestras de lavado broncoalveolar en pacientes con NAVM y NAH Grave es frecuente en nuestro entorno. Constatándose en un cuarto de los casos tratarse de una detección tardía de un agente ya aislado previamente. Su papel epidemiológico y pronóstico no está aclarado, sin poder demostrarse un impacto significativo en el desenlace de los pacientes durante su estancia en UCI.