Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):313

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-247 - SITUACIÓN Y MANEJO DE LAS NEUMONÍAS E INFECCIONES DE TRACTO URINARIO (ITUS) EN UN HOSPITAL COMARCAL

A. Caudevilla Martínez[1], M. Calvo Alba[2], K. Contreras Delgado[3], V. Herrera Mendoza[3], R. Martínez Álvarez[4], S. Terraza Martín[5]

[1]Medicina Interna, [3]Servicio de Urgencias. Hospital Ernest Lluch Martín. Calatayud (Zaragoza). [2]Servicio de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra). [4]Servicio de Infecciosas. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. [5]Medicina Interna. Hospital de Alcañiz. Alcañiz (Teruel).

Resumen

*Objetivos:*Valoración de la situación y el manejo de las infecciones más frecuentes (neumonía e ITUs) en un hospital comarcal. Utilización de antibioterapia según guías, desescalado, terapia secuencial y duración de la misma.

*Material y métodos:*Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo realizado en el Hospital Ernest Lluch de Calatayud. Se revisaron los informes de alta de los Servicios de Medicina Interna (MI) y de Urología (Uro), desde el 1-enero al 31-diciembre-2014, con diagnóstico de sepsis, sepsis grave, septicemia, shock séptico, neumonía e ITU según el sistema de codificación CIE-9. Se excluyeron los casos de sepsis cuyo foco no era respiratorio o urinario. Se diseñó una base de datos en Access y se realizó una estadística descriptiva, análisis bivariado y multivariado para las variables que hubieran obtenido significación estadística.

*Resultados:*Se incluyeron 249 episodios. El 60,64% fueron neumonías, con predominio de hombres (57,8%), ingreso en MI (79,5%) y polimedicados (62,6%). La edad media fue de 75,6 años y la estancia media 9,38 días, sin diferencias por sexo. La media del índice de Charlson fue de 1,99, a favor de los hombres (2,27) ($p < 0,05$). El 62,2% presentaba criterios de sepsis a su llegada al Servicio de Urgencias (SU), con predominio del foco respiratorio (60,65%). La hipotensión, frecuencia cardíaca > 90 lpm, frecuencia respiratoria > 30 rpm y SatO2 < 90% se asociaron con mayor riesgo de sepsis ($p < 0,05$). Levofloxacino (50,2%) fue el antibiótico más usado, seguido de ceftriaxona (23,7%) y amoxicilina-clavulánico (18,8%). Se ajustó más a guías el foco respiratorio (76.82% vs 42,86%) ($p < 0,05$). La terapia secuencial adecuada se realizó en el 69,39% de los casos de foco urinario vs el 52,98% de los respiratorios ($p < 0,05$). La duración de la antibioterapia se ajustó a guías en el 60,9% de los focos respiratorios y el 52,4% de los urinarios ($p > 0,05$). Se obtuvieron hemocultivos en un 50% de los casos, con una rentabilidad del 21%, siendo bacilos gramnegativos los más frecuentes (83,3%) y dentro de ellos *E. coli* (70%). La mortalidad fue del 19,6%, presentando el 85,7% de ellos criterios de sepsis a su llegada al SU. Presentar criterios de sepsis multiplica por 11,16 veces el riesgo de fallecer durante el ingreso.

*Discusión:*Nuestra incidencia de neumonía e ITUs, se ajusta a las series revisadas, así como el predominio de varones, > 80 años, con comorbilidad y en nuestro estudio con polifarmacia. Este

último factor no está reconocido entre los criterios habituales de gravedad en el SU. La hipotensión, taquicardia, taquipnea y fracaso respiratorio se asocian con mayor riesgo de sepsis. La antibioterapia utilizada se corresponde con la que describen los estudios, con variabilidad significativa respecto a su uso: levofloxacino y macrólidos se utilizan más en MI y en foco respiratorio y aminoglucósidos y ciprofloxacino más Uro y en foco urinario. El ajuste de antibioterapia empírica a guías fue escaso, sobre todo en el foco urinario (tratado por exceso). La terapia secuencial adecuada fue mejor en el foco urinario, como es lógico ya que éste evoluciona más rápida y favorablemente que el respiratorio. No obstante, esta acción es mejorable, así como la duración de la antibioterapia (por exceso de días). La mortalidad es similar a la reportada en la bibliografía, con diferencias significativas para los pacientes que presentaron criterios de sepsis al acudir al SU.

*Conclusiones:*En nuestro estudio ser > 80 años, un índice de Charlson ≈ 2 y polimedicado se asocia a peor pronóstico. Tenemos una gran oportunidad de mejora en cuanto a la optimización del uso de antibioterapia en nuestro hospital.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.