



## 55 - TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO EN LA PIELONEFRITIS DEL ANCIANO, ADECUACIÓN A LAS GUÍAS

E. Álvarez Artero<sup>1</sup>, A. Campo Núñez<sup>1</sup>, M. García Bravo<sup>1</sup>, I. García García<sup>2</sup>, I. Galindo Pérez<sup>3</sup>, M. Belhassen García<sup>2</sup> y J. Pardo Lledias<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia. <sup>2</sup>Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. <sup>3</sup>CS Puente de San Miguel. Santander. <sup>4</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

### Resumen

**Objetivos:** Evaluación de la inadecuación del tratamiento antibiótico empírico (TAEI) en la pielonefritis de pacientes ancianos hospitalizados, antibióticos prescritos con más frecuencia, factores de riesgo asociados y consecuencias.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo en mayores de 65 años ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial de Palencia y Salamanca con diagnóstico de pielonefritis. Se consideró tratamiento antibiótico empírico inadecuado aquel que no se ajustaba a las indicaciones de la Guía de la SEIMC (2016).

**Resultados:** 292 episodios con edad media  $82 \pm 10$  años. 48,3% varones. Se aisló *Escherichia coli* en 53,8% y *Klebsiella spp.* en 8,9%. En 180 episodios (61,6%) se objetivó tratamiento empírico inadecuado, las dos causas más frecuentes fueron el uso de antibióticos no incluidos en guía 107(59,5%) y el uso de cefalosporinas de 2<sup>a</sup>-3<sup>a</sup> generación en pacientes con factores riesgo de beta-lactamasas de espectro extendido (BLEE) 63(35%). La ausencia de identificación de riesgo de BLEE fue el principal factor de riesgo para TAEI y la presencia de sepsis grave/shock fue el factor de protección (p 0,05).

**Discusión:** Aunque existen diferencias entre guías, en las pielonefritis complicadas estas aconsejan iniciar el tratamiento empírico sin esperar resultados microbiológicos. En un documento de consenso español avalado por diferentes sociedades médicas recomienda la elección antimicrobiana según la gravedad y la presencia de factores de riesgo específicos para BLEE. Este estudio desarrollado en centros hospitalarios de Castilla y León analiza la adecuación en el tratamiento antibiótico de forma retrospectiva. Todos los pacientes presentaban características clínicas de pielonefritis complicada, encontrando que más del 60% fueron tratados con esquemas de tratamiento alejados de estas recomendaciones. Creemos que este dato se debe a diferentes causas. Primero, por una presentación clínica de ITU en ancianos frecuentemente indiferenciada en el que la presencia de un estado confusional dificulta inicialmente la diferenciación con otros focos infecciosos. En este sentido el uso de fluorquinolonas o de amoxicilina-clavulánico -más orientado a foco respiratorio- en muchos de los pacientes de nuestro estudio apoya estos datos. En segundo lugar, la infravaloración del riesgo de uropatógenos productores de BLEE. Otro resultado preocupante fue que en una cuarta parte de los pacientes el aislamiento detectado fue resistente al

tratamiento empírico seleccionado. Teniendo en cuenta que la mortalidad de la ITU en el anciano ingresada se sitúa próxima al 10%, conocer la implicación del TAEI en la mortalidad fue otro aspecto a evaluar. En nuestro trabajo; sin embargo, no encontramos que el TAEI fuera una variable asociada a mortalidad. Esto puede ser debido a posibles sesgos de selección por su carácter retrospectivo.

*Conclusiones:* La adecuación antibiótica en la pielonefritis complicada del anciano hospitalizado es baja. La falta de identificación de factores de riesgo para enterobacterias productoras de BLEE fue el principal factor asociado. El tratamiento empírico inadecuado no se asoció a una mayor mortalidad.

## **Bibliografía**

1. Lee DS, et al. Prevalence and Risk Factors for Extended Spectrum Beta-Lactamase- Producing Uropathogens in Patients with Urinary Tract Infection. Korean J Urol. 2010;51(7):492-6.
2. Artero EÁ et al. Infección urinaria en el anciano. Rev Clin Esp. 2019;219(4):189-93.