



1750 - CARACTERÍSTICAS DEL PIE ISQUÉMICO INFECTADO EN NUESTRO HOSPITAL

Susana Fabiola Pascual Pérez¹, Dunia Collazo Yáñez², María Josefa Pascual Pérez³, Cristina Rodríguez Fernández-Viagas⁴, Ángela Soler Gómez², Estefanía Pereira Díaz⁵ y Andrés Martín Aspas²

¹Hospital Virgen del Camino, Sanlúcar de Barrameda (Cádiz). ²Hospital Puerta del Mar, Cádiz. ³Hospital Infanta Cristina, Badajoz. ⁴Hospital Virgen de las Nieves, Granada. ⁵Hospital Virgen del Camino, Sanlúcar de Barrameda (Cádiz).

Resumen

Objetivos: El pie diabético es una complicación muy prevalente de la diabetes y que conlleva una gran comorbilidad. El manejo del pie diabético se centra en el control exhaustivo del metabolismo glicémico, curas y desbridamiento de úlceras, técnicas de revascularización y antibioterapia en el caso de infección. El tratamiento empírico antibiótico se indica teniendo en cuenta múltiples factores: grado y extensión de úlcera, presencia de factores de riesgo para multirresistencia, situación hemodinámica, etc., siendo fundamental conocer las características microbiológicas del entorno para cobertura de los microorganismos más prevalentes. Los objetivos de nuestro trabajo fueron: 1. Definir las características clínicas y microbiológicas de las úlceras isquémicas sobreinfectadas en nuestra población. 2. Determinar la adecuación de tratamiento empírico según nuestro protocolo de acuerdo a los microorganismos aislados.

Métodos: Se incluyeron 127 pacientes de forma consecutiva desde junio 2020 hasta junio 2021 en el Hospital Puerta del Mar de Cádiz, atendidos por úlceras isquémicas con sospecha de sobreinfección a los que se les realizó toma de muestra con biopsia. Se recogieron variables clínicas, analíticas y microbiológicas y se determinaron estadísticos descriptivos mediante el programa SPSS Statistic versión 20.

Resultados: El 89% de la muestra fueron diabéticos. La mayoría de las úlceras se clasificaron dentro de los grados 3 y 4 de la escala Wagner (20,5% y 44,1%) sin criterios clínicos de sepsis en la mayoría de los casos. El 78% de los microorganismos aislados fueron bacilos gramnegativos, con *Pseudomonas aeruginosa* en primer lugar (15,5%), seguido de *Staphylococcus aureus* (12,3%). La prevalencia de *Staphylococcus aureus* meticilín resistente (SARM) fue muy baja (2,5%). Piperacilina/tazobactam fue el tratamiento empírico más usado (57,5%) y en el 80,3% de las biopsias se identificaron microorganismos que estarían cubiertos usando como tratamiento empírico este antibiótico.

	N de pacientes (%) (N = 127)
Edad	62

Género	Hombres	101 (80%)	
	Mujeres	26 (20%)	
Diabetes		114 (89,9)	
Cardiopatía isquémica		44 (34,6)	
HTA		99 (78)	
ERC		38 (29,9)	
Diálisis		13 (10,2)	
DLP		89 (70)	
Fumador	Sí	60 (47,2)	
	Fumador	13 (10,2)	
	No	37 (29,1)	
No revascularizables		74 (58,3)	
Fiebre		7 (5,5)	
QSOFA	0	124 (97,6)	
	1	1 (0,8)	
	2	2 (1,6)	
Clasificación Wagner	1	5 (3,9)	
	2	16 (12,6)	
	3	26 (20,5)	
	4	56 (44,1)	
	5	1 (0,8)	
Procedencia de consulta		23 (18,1)	
Ingreso previo		72 (56,7%)	
Amputación		83 (65,4)	
Mortalidad		3 (2,4)	
Características analíticas mediana (min-max)			
PCR		77,67 (2-375)	
Leucocitos		11.013,33 (1.900-24.803)	
Neutrófilos		7.935 (920-29.280)	
	Enterobacterias (n = 86)	BGNMF (n = 42)	<i>S. aureus</i> (N = 23)
ERC	20 (29%)	19 (45,2%)	7 (31,8)

Fiebre	2 (2,9)	2 (4,8%)	3 (13,6)
Sepsis al ingreso	1 (1,4)	0	0
Wagner 4-5	35 (50,7)	19 (54,8)	8 (36,4)
BLEE+	4,7%	-	NP
R a carbapenems	15%		NP
R a meticilina	NP		2,4%
Tratamiento empírico inadecuado	44 (63,8)	9 (21,4)	8 (36,4)
Necesidad de amputación	46 (66,7)	27 (64,3)	13 (59,1)
PCR	94,43 (7-281)	84,87 (2-375)	124 (2-375)
Leucocitos	10.789 (1.900-23.240)	17.012 (1.086-24.803)	13.633 (7.979-35.480)
Duración de antibioterapia (días)	12,6	11,2	12,44

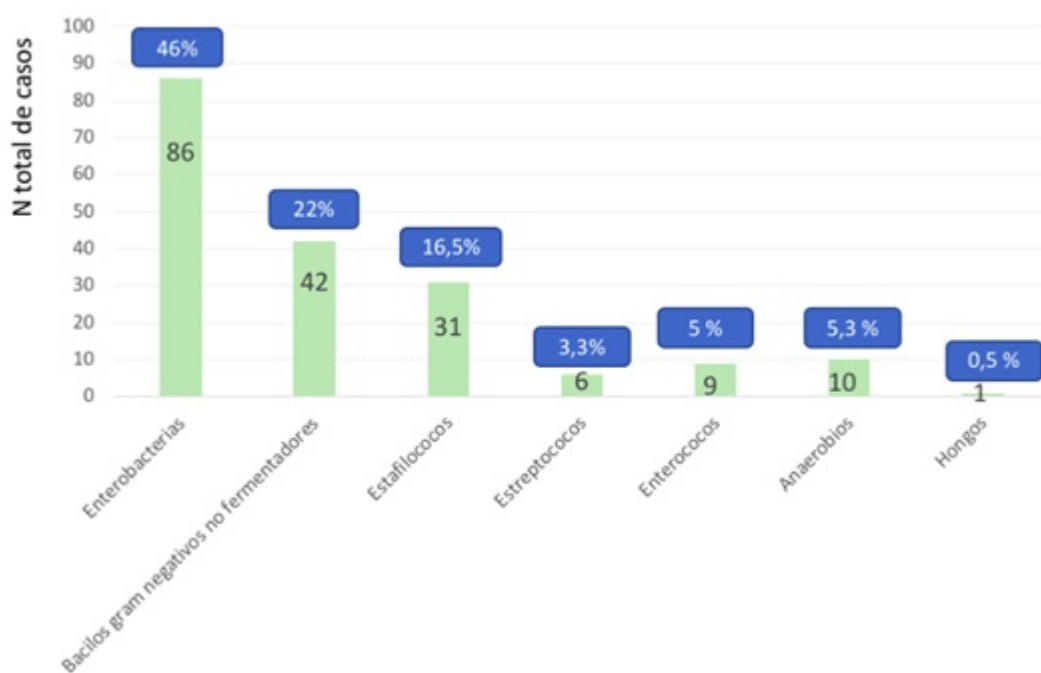


Figura 1- Frecuencia y n total de microorganismos aislados (grupos)

Tratamiento al ingreso

<i>Piperacilina/tazobactam</i>	87 (68,5)
<i>Amoxicilina/Clavulánico</i>	8 (6,3)
<i>Trimetoprim</i>	10 (7,9)
<i>Sulfametoxazol</i>	
<i>Clindamicina</i>	2 (1,6)
<i>Quinolonas</i>	7 (5,5)
<i>Cloxacilina</i>	1 (0,8)
<i>Vancomicina</i>	3 (2,4)

Conclusiones: Dada la baja prevalencia de SARM consideramos que no es necesaria la cobertura inicial de este microorganismo salvo factores de riesgo.