



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

793 - IMPACTO DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS A PARTIR DEL UROCULTIVO EN HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Cecilia Suárez Carantoña^{1,2}, Fernando Ken Fujimura Esteban³, Manuel Ponce Alonso⁴, Ana Verónica Halperin⁴ y Sergio Diz Fariña^{1,2}

¹Medicina Interna, Hospital Universitario Ramón y Cajal. IRYCIS, Madrid, España. ²Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, España. ³Medicina Interna, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. ⁴Microbiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal. IRYCIS, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Evaluar el impacto de un programa PROA sobre la adecuación del tratamiento antibiótico en pacientes hospitalizados con urocultivos positivos y describir el perfil clínico, microbiológico y evolutivo de estos pacientes.

Métodos: Se incluyeron pacientes ingresados en Medicina Interna con aislamiento microbiológico en urocultivo entre septiembre 2024 y febrero 2025. Microbiología informa a tiempo real de los urocultivos positivos al subprograma PROA-urocultivos, que evalúa cada caso y plantea una recomendación. Se valora la adherencia a las 48 horas y la mortalidad a los 30 días. Las variables cuantitativas se describieron como mediana [rango intercuartílico] y las cualitativas como frecuencias. Las asociaciones se analizaron mediante chi-cuadrado.

Resultados: Se recogieron 394 urocultivos positivos entre 2.720 ingresos en Medicina Interna. La mediana de edad fue 86 [13] años, 252/394 (64%) mujeres. El 24,6% procedían de residencia. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron infección del tracto urinario (ITU) (55,6%), infección respiratoria (27,2%) e insuficiencia cardiaca (11,7%). El 48,5% portaba sonda vesical (SV), siendo permanente el 11,0%. Las formas sintomáticas de ITU fueron en su mayoría pielonefritis, ITUs asociadas a sonda vesical y con menor frecuencia prostatitis. Cursaron con sepsis el 28,3% de las ITU sintomáticas. Se consideró bacteriuria asintomática en 162/394 (41,1%). Los microorganismos más frecuentes fueron *E. coli* 200/394 (50,8%), *K. pneumoniae* 70/394 (17,8%), *E. faecalis* 34/394 (8,6%), *P. aeruginosa* 27/394 (6,9%), *P. mirabilis* 24/394 (6,1%), *C. albicans* 17/394 (4,3%), *E. faecium* 12/394 (3,0%). En 92/394 (23,3%) se detectaron mecanismos de resistencia a múltiples antibióticos: BLEE 51/92 (55,4%), carbapenemasa OXA-48 14/92 (15,2%), carbapenemasa KPC 3/92 (3,2%), carbapenemasa NDM 2 (2,1%) e hiperproducción de AmpC 13/92 (14,1%). En la asesoría, 337/394 (85,5%) pacientes estaban con antibióterapia (17,5% para otro foco), de los cuales 314/337 (93,1%) empírica: ceftriaxona 104 (30,8%), piperacilina/tazobactam 70 (20,7%), meropenem 51 (15,1%), y ertapenem 26 (7,7%). Se realizó alguna recomendación en 387/394 (98,2%): disminuir espectro 17,5%, no iniciar 14,9%, secuenciar a oral 12,6%, iniciar otro por espectro inadecuado 12,9%, suspender 9,0%. La mediana de duración recomendada fue 7 [15] días. La adherencia a las recomendaciones fue 364/394 (92,4%). Hubo 60 (15,2%) reingresos a 30 días, de ellos nueve por ITU y tres por el mismo microorganismo. Fallecieron 55 pacientes (14,0%) a los 30 días, cuatro relacionados con la ITU con una mediana de 13 [33] días hasta *exitus*. La mortalidad fue mayor en los pacientes que recibieron un tratamiento

antibiótico inadecuado (9/50; 18%) en comparación con aquellos con tratamiento adecuado (41/336; 12,2%), $p = 0,001$. Hubo más microorganismos multirresistentes (BLEE, carbapenemasa o AMPc) en portadores de SV permanente (19/42 vs. 36/149, $p = 0,001$) y transitoria (55/191 vs. 37/203, $p = 0,013$), así como en pacientes institucionalizados (35/97 vs. 55/282, $p = 0,003$).

Conclusiones: La implementación de un subprograma PROA específico para urocultivos en Medicina Interna mostró alta adherencia, permitió identificar tratamientos innecesarios y contribuyó a reducir la exposición a antibióticos de amplio espectro. La elevada tasa de bacteriuria asintomática y el uso frecuente de sondas vesicales subrayan la necesidad de revisar la indicación del urocultivo en este perfil de pacientes.

Bibliografía

1. doi.10.1093/cid/ciz021
2. doi.10.1016/j.eimc.2016,11.005
3. doi.10.1016/j.eimce.2022,06.014
4. doi.10.1001/jamanetworkopen.2024,2283