



<https://www.revclinesp.es>

784 - SEPSIS URINARIA EN EL HOSPITAL: ¿ESTAMOS TRATANDO BIEN A NUESTROS PACIENTES?

Ainhoa Sánchez Pastor, Ana María Álvarez Aramburu, Ariadna Setuain Indurain, Amaia Torrecilla Ugarte, Andrea Macua Landivar, Beatriz Marijuan Rodríguez, Carlos Vizcay Aranaz y Diego Amigot Baldero

Medicina Interna, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas, microbiológicas y terapéuticas de los pacientes con sepsis urinaria con el fin de optimizar el abordaje clínico en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional retrospectivo en pacientes diagnosticados con sepsis urinaria ingresados en Medicina Interna en los meses de octubre y noviembre de 2024. La recogida de datos incluyó variables demográficas, situación funcional, antecedentes urológicos y datos clínico-microbiológicos del episodio actual. Los datos fueron analizados mediante frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central para las cuantitativas.

Resultados: En una cohorte de 29 pacientes con sepsis urinaria, la edad media fue de 71 años, con distribución equitativa por sexo. Un 27,6% estaba institucionalizado y el 41,4% presentaba deterioro cognitivo. Entre los hombres, el 73% tenía hiperplasia benigna de próstata, de los cuales el 63,6% eran portadores de sonda vesical permanente; todos ellos estaban institucionalizados y con deterioro cognitivo. El 20,7% presentaba antecedentes de infecciones urinarias por gérmenes resistentes en el último año. El 86,2% tuvo urocultivos positivos, siendo *Escherichia coli* el patógeno más común (56%), seguido de *Klebsiella pneumoniae* y *Pseudomonas aeruginosa* (8% cada uno). Se identificaron BLEE en el 27,6% de los casos, en línea con la tasa institucional (24%). Se realizaron hemocultivos en el 89,7% de los pacientes, con una positividad del 48,3%; el 78,6% de ellos correspondió a *E. coli*. En cuanto al tratamiento, el antibiótico empírico más utilizado fue ceftriaxona (41,4%), seguido de piperacilina-tazobactam (27,6%) y meropenem (13,8%). En el 44,8% se realizó un cambio o adición de antibiótico en el primer día de ingreso. La desescalada antibiótica se realizó en el 33,3%, mientras que en el 66,7% restante no se modificó el tratamiento empírico. En el 89,3% el tratamiento empírico fue adecuado según la guía local. El 51,9% recibió una pauta de 7 a 14 días. Al alta, el 72,4% regresó a su domicilio y el 24,1% fue derivado a Hospitalización a Domicilio.

Discusión: Como hemos podido observar, las infecciones del tracto urinario representan una de las causas más frecuentes de consulta médica y hospitalización. Estos resultados reflejan la alta prevalencia de infecciones complicadas por factores como institucionalización, sonda vesical permanente y malformaciones. El urocultivo es una herramienta fundamental para el manejo de este cuadro dada su elevada rentabilidad, pero los hemocultivos pueden tener un menor rendimiento. Un análisis retrospectivo de 1.890 hemocultivos realizados en un servicio de urgencias reveló que solo el 17,2% correspondió a bacteriemias verdaderas. La adecuada elección del tratamiento antibiótico empírico es crucial, especialmente en contextos donde la

prevalencia BLEE o resistencias previas es significativa, como se observa en nuestro centro. Sin embargo, no siempre se realiza una desescalada antibiótica tras la identificación del patógeno, lo que puede contribuir al desarrollo de resistencias y a un uso ineficiente de los recursos terapéuticos.

Conclusiones: Este cuadro afecta a pacientes con múltiples comorbilidades; por lo que identificar factores de riesgo y optimizar el tratamiento empírico, especialmente en contextos con alta resistencia, es clave para mejorar el manejo clínico.