



I-053 - IMPACTO DEL INICIO DE ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA EN URGENCIAS Y SU DEMORA SOBRE LA MORTALIDAD Y ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA POR PROCESO INFECCIOSO

I. Pérez Catalán¹, Á. Cubides Montenegro¹, C. Roig Martí¹, A. Cardenal Álvarez¹, F. Guerrero Jiménez² y J. Usó Blasco¹

¹Medicina Interna, ²Urgencias. Hospital General de Castelló. Castellón.

Resumen

Objetivos: Analizar el impacto sobre la mortalidad y estancia hospitalaria del inicio de antibioterapia empírica en urgencias en pacientes ingresados en Medicina Interna por proceso infeccioso. Estudiar si el tiempo hasta inicio de antibioterapia empírica se relaciona con mayor mortalidad y estancia hospitalaria.

Material y métodos: Estudio analítico prospectivo de los pacientes ingresados con diagnóstico de proceso infeccioso desde urgencias en Medicina Interna del Hospital General de Castellón desde noviembre de 2017 hasta febrero de 2018. Variables principales: administración o no de antibioterapia empírica en Urgencias, tiempo desde la admisión hasta su administración, mortalidad durante el ingreso y estancia hospitalaria. Variables secundarias: edad, sexo, diabetes mellitus, inmunosupresión farmacológica, enfermedad hematológica, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica y valor de PCR, procalcitonina y qSOFA a su llegada. Se realiza test de U de Mann Whitney, Correlación de Spearman, chi-cuadrado, t-Student para muestras no relacionadas y regresión lineal.

Resultados: 206 pacientes, edad media 76 años, 97 varones. 54 diabéticos, 11 con inmunosupresores, 6 con patología hematológica, 57 con insuficiencia renal (10 en diálisis). 48 pacientes presentaban un qSOFA ≥ 2 . Mortalidad global del 15%. Estancia media 8,2 días. 125 pacientes recibieron antibioterapia empírica en Urgencias (60,7%), con tiempo medio desde su llegada de 310 minutos. 37 pacientes (18%) la recibieron en las primeras 3 horas. Según se administrara o no antibioterapia empírica en Urgencias, la mortalidad fue del 18% y 11% respectivamente ($p > 0,05$), presentando el primer grupo una mayor proporción de pacientes con qSOFA ≥ 2 (28,6% vs 15%, $p < 0,05$), y un mayor valor medio tanto de PCR (202 vs 118 mg/L, $p < 0,05$) y procalcitonina (6,19 vs 1,25 ng/mL, $p < 0,05$). De todas las variables, presentan una relación con mayor mortalidad el valor de qSOFA ($p < 0,05$) y el sufrir cirrosis ($p < 0,05$). Se realiza regresión lineal con estas variables además del inicio o no de antibioterapia, persistiendo significación estadística para la variable qSOFA ($p < 0,05$) y la administración o no de antibioterapia continúa sin asociarse a mortalidad ($p > 0,05$). El tiempo de inicio de antibioterapia empírica no se relacionó con mortalidad durante el ingreso ($p > 0,05$). La estancia hospitalaria media fue mayor en el grupo que recibía antibioterapia empírica en Urgencias (8,6 días) frente a los que no (7,3 días) (p

< 0,05). El tiempo de inicio de antibioterapia empírica no influyó en la estancia hospitalaria ($p > 0,05$).

Discusión: Los pacientes que iniciaban antibioterapia empírica en Urgencias no mostraron menor mortalidad que el resto y en cambio sí que presentaron una mayor estancia hospitalaria. Señalar que presentaban un mayor porcentaje de pacientes con $qSOFA \geq 2$ y un valor medio de PCR y procalcitonina mayor. No obstante, en la regresión lineal el inicio o no de antibioterapia empírica continuó sin relacionarse con cambio en la mortalidad. Aun así, el mayor número de $qSOFA \geq 2$ podría explicar el leve aumento de mortalidad observado así como el mayor valor de PCR y procalcitonina (podría señalar mayor afectación orgánica). La demora en el inicio de la antibioterapia empírica tampoco influyó en la mortalidad ni en la estancia hospitalaria. No obstante, los resultados podrían verse influidos por otros aspectos como podría ser otras comorbilidades o el pequeño tamaño muestral.

Conclusiones: Según estos resultados, el inicio de la antibioterapia empírica en Urgencias en pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna por proceso infeccioso podría no disminuir la mortalidad durante el ingreso ni la estancia hospitalaria. Además, el tiempo de inicio de ésta tampoco parece relacionarse con variación de la mortalidad durante el ingreso ni de la estancia hospitalaria.