



## I-49. - ANÁLISIS DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA MÉDICA DEL HOSPITAL LA FE

K. Jerusalem<sup>1</sup>, I. Castro Hernández<sup>1</sup>, A. Renau Escrig<sup>2</sup>, C. Campo López<sup>2</sup>, R. Alonso Estellés<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Media y Larga Estancia. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar los casos de infección urinaria que ingresan en el Área Médica.

**Métodos:** Estudio observacional y prospectivo desde marzo de 2014 hasta marzo de 2015. Se recogieron los casos que ingresaron en los servicios de Medicina Interna (MI), Corta Estancia (UMCE) e Infecciosas (UEI) del Hospital la Fe, con el diagnóstico clínico de ITU. Se realizó un análisis univariante incluyendo variables demográficas, datos de estancia hospitalaria, comorbilidades, factores de riesgo predisponentes, factores de riesgo para microorganismos multirresistentes, situación clínica al diagnóstico, hallazgos microbiológicos, tratamiento y pronóstico. Todo el estudio se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS.

**Resultados:** Se incluyeron 40 pacientes con mediana de edad de 84 años, de Charlson abreviado de 1 y de Barthel de 45. El 65% ingresaron en UMCE, el 20% en MI y el 15% en la UEI. Un 47,5% eran diabéticos, un 30% presentaban uropatía, un 27,5% enfermedad cardiovascular, un 25% nefropatía, un 17,5% padecía alguna neoplasia, un 12,5% eran obesos, un 5% padecían EPOC y un 2,5% eran hepatópatas, tenían infección por VIH o antecedente de ETS. Los factores de riesgo predisponentes más frecuentes fueron el antecedente de ITU previa en el 52,5% (por E. coli, en el 27,5%, seguido de P. aeruginosa en el 7,5%), la incontinencia urinaria en el 40%, el encamamiento prolongado en el 35%, la hipertrofia benigna de próstata en el 25% y el sondaje permanente y la presencia de infección concomitante en el 22,5%, siendo la más común la neumonía. Respecto a los factores de riesgo para microorganismos multirresistentes, el 42,5% recibió antibióticos en los 90 días previos y el 17,5% ingresó al menos 5 días en ese periodo, el 17,5% tenía úlceras por presión y el 12,5% provenían de residencia. Al diagnóstico, presentaban fiebre el 22,5%, hipotensión el 15%, taquicardia el 40%, taquipnea el 2,5% y leucocitosis el 60%. Se objetivó elevación de lactato en el 35%, de PCR en el 82,5% y de procalcitonina en el 12,5%. El 12,5% cumplían criterios de SIRS, el 37,5% de sepsis, el 17,5% de sepsis grave y el 7,5% de shock séptico. El urinocultivo fue positivo en el 57,5%, procedía en el 37,5% de un sondaje, y concordaba con el hemocultivo en el 77,8%. La especie más aislada fue E. coli con un 30%, seguida de P. aeruginosa en el 7,5%, y K. pneumoniae, E. cloacae y E. faecalis, en un 5%. Hubo resistencias en el 40%, con un 22,5% de BLEE, un 10% a quinolonas y un 2,5% de multirresistentes. Un 7,5% fue polimicrobiana. El tratamiento empírico fue correcto en el 70%, con una mediana de 3 horas hasta su inicio. El más usado fue ceftriaxona con un 40%, seguido de carbapenémicos en el 20% y amoxicilina-clavulánico en el 10%. Se combinó en el 32,5%, generalmente con aminoglucósidos. El más prescrito en desescalada fue cefuroxima, en un

20%, seguido de amoxicilina-clavulánico en el 7,5%. La estancia media fue de 8,5 días y la duración media de tratamiento de 11,1 días. El 90% se curaron y el 10% fueron exitus, la mitad relacionado con la ITU.

*Discusión:* La ITU es una de las infecciones más frecuentes. La etiología se modifica por factores como la edad, diabetes, obstrucción del tracto urinario, lesiones de médula espinal, sondaje, exposición a antibióticos o el antecedente de hospitalización. En los últimos años se han incrementado las enterobacterias y otros microorganismos en las distintas series, condicionando cambios en el tratamiento empírico de las mismas.

*Conclusiones:* Nuestra población se caracteriza en general por su pluripatología y edad avanzada, con factores de riesgo como ITU previas, incontinencia urinaria, encamamiento prolongado y sondaje vesical entre otros, que condicionan una alta incidencia de ITU por microorganismos multirresistentes. El tratamiento empírico empleado es correcto en la mayoría de los casos y el más común es ceftriaxona, seguido de carbapenémicos, con una alta tasa de curación.