Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):292

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-026 - ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. Calderón Parra, I. Pintos Pascual, A. Ramos Martínez, E. Muñez Rubio

Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda (Madrid).

Resumen

*Objetivos:*La actividad de una Unidad de Infecciosas (UI) depende de varios factores, como el tipo de hospital, si tienen asignados camas propias o ven interconsultas (ITC), y la presencia de secciones monográficas separadas (enfermedades tropicales, VIH-VHC, etc.). El objetivo de este trabajo es describir la actividad hospitalaria de una UIcon actividad interconsultora de un hospital de tercer nivel.

*Material y métodos:*Revisión prospectiva de las historias de los pacientes a los que se solicitó valoración mediante ITC a la UI de nuestro centro en un periodo de 2 meses (desde 19 de enero hasta 19 de marzo de 2016).

*Resultados:*Se atendieron 1,8 ITC de media al día que corresponden con 107 pacientes. La edad media fue de 61 ± 18 (15-95) años, 64% varones. Mediana de Índice de Charlson de 4,3 (1,9-6.3), necesitando seguimiento durante una mediana de 8 días (2-20). Un 11% precisaron una segunda ITC y 13% seguimiento al alta por parte de UI. El 90% de los pacientes presentaban alguna comorbilidad de los cuales presentaban patología cardiaca un 32%, tumoral 30%, inmunosupresión 27%, neurológica 23%, pulmonar 17%, trasplantado 13% y renal 10%. Los servicios que solicitaban más ITC fueron Traumatología 12%, Cirugía General 11%, Cardiología 10% y Oncología Médica 10%. Los motivos de consulta fueron: seguimiento de patología infecciosa (PI) ya conocida 28%, fiebre 25%, valoración de cultivos 15%, valoración diagnóstica 13%, mala evolución 10% y ajuste de antibioterapia 9%. En 17 pacientes (16%) no se demostró patología PI. Las PI más frecuentes fueron: infecciones respiratorias 16%, infección de partes blandas 10%, bacteriemia 9%, endocarditis 9%, diarrea infecciosa 9%, peritonitis 7%, infecciones osteoarticulares 7%, de orina 7% y de herida quirúrgica 6%. Un 60% de las infecciones fueron nosocomiales. En un 34% de los pacientes no se obtuvo ningún aislamiento microbiológico (AM), existiendo 1 AM en el 47%, 2 AM en el 12%, 3 o más en el 7%. Se extrajeron hemocultivos en el 71% de los pacientes, siendo positivos el 33% de los mismos. El microorganismo más frecuentemente aislado fue en el 20% *Staphylococcus epidermidis* (SE), 20% *Staphylococcus aureus* (SA), 16% *Enterococcus faecium* y 12% *Escherichia coli* (EC). Fungemia en 3 pacientes, por *Candida* spp. El resto de AM se produjeron en orina 12%, exudados de herida quirúrgica/partes blandas 18%, heces 7%, liquido articular 5% y 9% en otras muestras. El 59% de los AM se consideraron producidos por bacterias resistentes, presentando un 45% resistencias a quinolonas y 50% a beta-lactámicos. Recibieron tratamiento en monoterapia el 18%, dos antibióticos (ATB) el 22%, tres el 25%, cuatro el 14%, cinco o más el 16%. El 5% no recibió ningún ATB. Los tratamientos ATB empíricos más frecuentes fueron amoxicilina-clavulánico 14%, carbapenems 27% y vancomicina 13%, porcentajes similares para la antibioterapia dirigida. Un 57% precisaron ajuste de ATB por parte de UI, un 5% el inicio de ATB, y un 14% suspensión del mismo. En relación a la PI necesitaron cirugía el 11% y drenaje en el 5%. Se

produjeron 10 muertes (9%) siendo 6 muertes atribuibles a la infección.

*Discusión:*La actividad de una UI depende de muchos factores, es importante conocer las características de los pacientes, el motivo de ITC, la PI atendida, así como el uso de ATB con el fin de optimizar su funcionamiento y detectar posibles áreas de mejora.

*Conclusiones:*En la atención que realiza nuestra UI, cabe destacar la alta complejidad y comorbilidad de los pacientes, lo que conlleva la necesidad de un seguimiento prolongado, así como un alto porcentaje de reinterconsultas y de seguimiento al alta. Igualmente destaca la presencia de PI variada con una alta tasa de AM con resistencia antibiótica. Ello justifica que hasta más de la mitad de los pacientes precisen ajuste de ATB en los que se incluye el uso de combinaciones de ATB de amplio espectro tanto de forma empírica como dirigida.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.