Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):364

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-014 - LA SEPSIS GRAVE EN PACIENTES DE MEDICINA INTERNA QUE INGRESAN EN UCI

S. Pérez Pinto, C. Machado Pérez, A. de la Vega Lanciego, M. Tolmos Estefanía, M. Otero Soler, M. Escamilla Espínola, I. Gutiérrez Gosálvez, C. Calleja Subirán

Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila.

Resumen

*Objetivos:*Las enfermedades infecciosas son una entidad prevalente dentro de los ingresados en un Servicio de Medicina Interna. Los pacientes hospitalizados por sepsis pueden sufrir complicaciones durante su evolución, hasta el punto de requerir medidas más agresivas, y por tanto su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). El objetivo de este estudio es describir las características clínicas de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial de Ávila por cualquier causa infecciosa, que desarrollan una sepsis grave que requiere su traslado a la UCI.

*Material y métodos:*Se trata de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se realizó una búsqueda de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna por cualquier causa infecciosa, en un periodo de 4 años consecutivos (desde enero de 2012 hasta diciembre de 2015). Se seleccionaron sólo aquellos que acabaron siendo trasladados a la UCI por sepsis grave. De dicha población se recogieron datos como el origen del foco infeccioso y el patógeno principal responsable, teniendo en cuenta para ello tanto los cultivos microbiológicos como las serologías de microorganismos. No se tuvieron en cuenta los casos de sepsis de origen nosocomial. Para el análisis de datos se utilizó el programa de cálculo: Microsoft Office Excel.

*Resultados:*Durante este periodo de 4 años se encontraron un total de 38 pacientes que reunían dichas características, de los cuales 27 (71,05%) presentaron sepsis de origen respiratorio. El segundo foco más frecuente fue el urinario (6 pacientes; 15,79%), seguido del biliar (2 pacientes; 5,26%) y de piel y partes blandas (1 paciente; 2,63%). Dos de los pacientes (5,26%) presentaron sepsis de origen desconocido. Respecto al resultado de cultivos y serologías podemos decir que en 21 pacientes (55,26%) se logró encontrar el agente infeccioso causal. El microorganismo aislado en más casos fue *Escherichia coli* (5 pacientes; 23,8%), responsable del 66,67% de las sepsis de origen urinario y del 50% de las biliares. En los casos de sepsis de origen respiratorio, el agente infeccioso causante más frecuente fue Streptococcus pneumoniae (3 pacientes; 11,11%), seguido de Pseudomonas aeruginosa y Klebsiella pneumoniae (2 pacientes cada uno; 7,40%). Otros microorganismos causantes de sepsis respiratoria fueron: *Mycobacterium tuberculosis, Staphylococcus aureus* meticilin resistente, virus influenza A, citomegalovirus, *Acinetobacter guillouiae, Coxiella burnetti* y *Candida glabrata* (cada uno responsable de un sólo caso). En el único paciente con sepsis de piel y partes blandas se aisló como agente causal *Staphylococcus aureus*.

*Discusión:*La sepsis es una complicación relativamente frecuente en la planta de Medicina Interna. En ocasiones los pacientes sépticos no responden a las medidas médicas habituales disponibles, y necesitan un tratamiento de soporte más agresivo, por lo que algunos son trasladados a la UCI. Esta situación implica un

aumento de morbimortalidad para el paciente.

*Conclusiones:*En más de la mitad de nuestra población estudiada el foco séptico fue el respiratorio, seguido en frecuencia por el urinario. Por otro lado el microorganismo responsable del mayor número de sepsis fue Escherichia coli, seguido de Streptococcus pneumoniae. En ambas situaciones el orden de frecuencia coincide con el de otras cohortes similares estudiadas. En nuestro estudio las sepsis de origen respiratorio y urinario son las que con mayor frecuencia se complican a sepsis grave, requiriendo medidas de soporte más agresivas en la UCI, con el aumento de morbimortalidad que esto implica. Ante un paciente séptico en planta se debe insistir en la importancia de detectar el foco lo antes posible, y seguidamente tratarlo con antibioterapia empírica precoz.

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