



I-061 - INFECCIONES URINARIAS EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DE UN HOSPITAL COMARCAL. PERFIL DEL PACIENTE Y DEL MICROORGANISMO

J. Chamizo Gallego, J. Arias Reyes, J. Fernández Muixí, R. Ferré Soler, T. Güell Rabassó, J. Rodon Tenas y P. Bargalló Marco

Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Medicina Interna. PIUS Hospital de Valls. Valls (Tarragona).

Resumen

Objetivos: Conocer el perfil de los pacientes ingresados por infección urinaria en nuestra unidad de hospitalización domiciliaria, la etiología y espectro de sensibilidades.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados el 2016 con diagnóstico de infección urinaria. Análisis por edad, sexo, distribución anual, procedencia, patología de base, origen comunitario/nosocomial, tipo de infección, gérmenes, cultivos realizados/positivos, resistencias, antibioticoterapia ev, estancia media y destino al alta.

Resultados: En 2016 ingresaron en nuestra unidad 349 pacientes, 129 diagnosticados de infección urinaria (37%). Un 59% hombres (1,4/1). Edad media de 74 años (15-100). Los ingresos se mantuvieron todo el año (7-15/mes). El 78% procedieron de urgencias, el resto de hospitalización convencional (urología 9%, Unidad de geriatría de agudos 7%, medicina interna 5%) o de Hospital de Día de crónicos (1%). Patología de base más frecuente: cardiopatía (35%), DM-II (29%), demencia (28%), ictus (15%), HBP (12%) y EPOC (8%). Índice de Barthel medio fue 80. El 14% tenía antecedentes de infección urinaria de repetición, 6% portador de nefrostomía y 22% antecedentes de sondaje vesical. El 28% tenía origen nosocomial. El 22,5% procedía de residencia. Los diagnósticos fueron: infección urinaria inespecífica (38%), pielonefritis aguda (33%), prostatitis aguda (23%), orquitis (2%), absceso testicular (1%) y absceso renal (2%). Se practicó urocultivo en el 99% de los pacientes (positivos el 88%) y hemocultivos en el 62% (33% positivos). En 1 paciente se cursó cultivo del absceso (positivo). Los gérmenes más frecuentes fueron: E. coli (66), P. aeruginosa (12), K. pneumoniae (11), Enterococo (9), Proteus (4), Providencia (4), Citrobacter (4). En 8 (6%) creció más de un germen. En 14 (11%) los cultivos fueron negativos. El germen más frecuente en el grupo comunitario sin sonda fue E. coli (46/80). En el comunitario con sonda y el nosocomial, el crecimiento fue más variado. Globalmente la E. coli fue resistente a quinolonas en el 52% de casos (41% comunitaria sin sonda, 100% comunitaria con sonda, 70% nosocomial), al cotrimoxazol en el 48% (39%, 100% y 63% respectivamente), a la cefalosporinas de 3ª generación en el 31% (24%, 25% y 50%) y a amoxicilina/clavulánico 6% (4%, 0% y 13%). El 36% de las Klebsiella y el 55% de las Pseudomonas también resistieron a quinolonas. El 18% de las infecciones (23) fueron BLEE (E. coli 19, Klebsiella 4), 43% de ellas de origen nosocomial y 39% había recibido antibioticoterapia previa. Un 28% de las nosocomiales fue BLEE. Los antibióticos ev más utilizados fueron ceftriaxona (52%), ertapenem (29%) y amikacina (17%). La estancia media fue de 6,1 días

(2-29). El 77% fue dado de alta a domicilio, 20% a la residencia y 3% resultó exitus.

Discusión: La infección urinaria es el motivo de ingreso más importante en nuestra unidad, mantenido todo el año, con predominio de hombres de edad avanzada, con patología de base y procedentes de urgencias. Se asocia con frecuencia con sondaje vesical o con origen nosocomial. El germen más frecuente es E. coli, seguida de P. aeruginosa y Klebsiella. Observamos un gran número de resistencias en nuestro medio. Este espectro de sensibilidades nos desaconseja el uso de quinolonas y cotrimoxazol en todos nuestros pacientes y las cefalosporinas de 3ª generación en infecciones nosocomiales.

Conclusiones: La hospitalización domiciliaria es un dispositivo asistencial eficaz y seguro para el tratamiento de infecciones urinarias, incluso en pacientes pluripatológicos, sondados, de origen nosocomial o con infecciones por gérmenes multirresistentes. El perfil del paciente y el espectro de sensibilidades de nuestra área de influencia nos ayuda en la elección de la antibioticoterapia inicial.