

RELACIÓN ENTRE ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA Y MORTALIDAD EN PACIENTES QUE INGRESAN EN UCI POR SEPSIS

A. Barrero, J. Garnacho, J.L. García, F.J. Jiménez y C. Ortiz
Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos: Evaluar el impacto de la antibioterapia empírica adecuada sobre la mortalidad precoz (< 3 días), a los 28 días y la hospitalaria en pacientes que ingresan en UCI por sepsis.

Método: Estudio prospectivo de cohortes: pacientes que ingresan en UCI por sepsis. Se tuvieron en cuenta los hemocultivos y cultivos de los focos de infección obtenidos en las primeras 48 horas en UCI. Se anotaron variables demográficas, enfermedades subyacentes, APACHE II y mortalidad esperada, SOFA, foco clínico, documentación microbiológica, estancia y mortalidad en UCI y hospitalaria. Análisis uni- y multivariante SPSS 10.0.

Resultados: Se incluyeron 406 pacientes. La clínica al ingreso fue de sepsis en 25,9% de los casos, sepsis grave en el 28,6% y shock séptico en el 45,6%. En el 67% (270) se obtuvo documentación microbiológica. La antibioterapia empírica fue adecuada en 224 casos (83%). En el análisis multivariante la antibioterapia empírica inapropiada en los pacientes con sepsis "no quirúrgica" (OR 7,9 CI 95% 3,9-16,3; $p < 0,001$), fallo respiratorio al ingreso, APACHEII, SOFA al ingreso y el foco de infección fueron predictores independientes de mortalidad tanto a los 28 días como hospitalaria. La antibioterapia empírica adecuada (OR 0,4 CI 95% 0,1-0,7; $p = 0,001$) fue un factor protector en sepsis quirúrgicas. Tanto la inmunosupresión, como el fallo renal y respiratorio al ingreso en UCI y el foco de infección fueron predictores independientes de mortalidad precoz, y no lo fue la antibioterapia apropiada.

Conclusiones: La antibioterapia empírica adecuada en pacientes que ingresan por sepsis es crucial en el pronóstico, aunque la mortalidad precoz no se afecta.

REPERCUSIÓN DE LA COLONIZACIÓN E INFECCIÓN POR CANDIDA EN LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

M. Palomar, C. León, M.A. León, J. Nolla, R. Jordà, F. Álvarez
 y Grupo EPCAN
Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Los pacientes críticos con estancias prolongadas en UCI desarrollan con frecuencia colonización (CF) e infección (IF) fúngica.

Objetivo: Determinar la repercusión de ambas sobre la mortalidad intra-UCI (MU) y global (MG).

Método: Estudio de cohortes prospectivo, observacional y multicéntrico de la CF e IF por *Candida spp* en pacientes críticos ingresados en UCI > 7 días. Se realizaron cultivos de vigilancia semanales obligatorios. Se consideró CF el aislamiento de *Candida* en cultivos de vigilancia e IF en muestras significativas. Se analizaron FR intrínsecos y extrínsecos incluyendo la CF e IF relacionaron con la mortalidad. Estadística: Regresión logística múltiple.

Resultados: Se estudiaron 1765 pacientes, 880 desarrollaron CF y 105 IF por *Candida spp* 437 pacientes se trataron con 521 ciclos de antifúngicos.

Un total de 535 pacientes (30%) fallecieron en UCI y 159 (9%) en planta. La MU y la MG de los pacientes con IF fueron 53,2 y 60,9%, con CF 25,6 y 33,9% y en los no col./inf. (NCI) del 31,4 y 41,2%, $p < 0,001$. La MG fue comparable en CF/IF por *C. albicans*, 41,6 y *C. no albicans* 41,7%. De los numerosos FR relacionados con mortalidad en UCI, el estudio de regresión logística múltiple seleccionó (valores de Odds Ratio): ventilación mecánica 12,9, radioterapia 4,2; depuración extrarrenal 3,66; neo. hematológica 3,26, infección fúngica 2,21; ins cardíaca 1,70; patología médica 1,62; diabetes 1,50; NPT 1,46; APACHE II > 15 1,37; edad 1,03 y nutrición enteral 0'43. En la mortalidad global, los factores fueron ventilación mecánica 4,76; patología médica 2,14; NPT 1,58; patología quirúrgica 1,55; APACHE II > 15 1,50; antibióticos anaerobios 1,47; diabetes 1,45 y edad 1,03. Finalmente, en el grupo de pacientes con infección fúngica, el modelo seleccionó: patología médica 7,97; APACHE II > 15 2,96; edad 1,02 y localización peritoneal 0,32.

Conclusiones: En los pacientes críticos, la infección fúngica (y no la colonización) fue un factor independiente de mortalidad intra UCI, aunque no lo fue de la mortalidad hospitalaria. La patología de base, la edad y la gravedad son los mayores determinantes de la evolución de estos enfermos.

007

PREVENCIÓN DE LA BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTERES ENDOVASCULARES

F. Esteve, A. Díaz-Prieto, M. Pujol, M.J. Argerich y X. Ariza
Medicina Intensiva. Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge (CSUB). L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Introducción: La bacteriemia relacionada con catéteres endovasculares (BRC) aumenta la morbi-mortalidad de los pacientes ingresados en UCI. La gran presión asistencial a que están sometidos los hospitales, puede incrementar la incidencia de la BRC, siendo necesaria la aplicación de medidas para su prevención

Objetivo: Evaluación del impacto de la aplicación de medidas específicas para la prevención de la BRC, sobre su incidencia.

Material y método: Se estudiaron prospectivamente todos los pacientes ingresados en UCI durante los meses de mayo y de junio de los años 2000 y 2001. A principios del año 2001 se puso en marcha un nuevo protocolo para la prevención de la BRC, realizándose una campaña de información y difusión entre el personal sanitario.

Para analizar el impacto de dicha intervención, se calcularon las tasas de incidencia de BRC por cada 1.000 días de catéter y se compararon los resultados de ambos periodos mediante el análisis del riesgo relativo y sus intervalos de confianza.

Resultados: Se estudiaron 203 pacientes en el año 2000 y 240 pacientes en el 2001. La edad media fue de $58,3 \pm 15,2$ y $60,3 \pm 15,0$ años respectivamente, la estancia media fue de $10,2 \pm 10$ y $10,1 \pm 10$ días respectivamente, el SAPSII fue de $25,7 \pm 13,4$ y $24,2 \pm 15,2$ respectivamente, la mortalidad fue de 17,2% y 17% respectivamente; ninguna de estas diferencias fue estadísticamente significativa. Tampoco hubo diferencias en cuanto al sexo y la enfermedad de base. Las tasas de incidencia de BRC fueron de 13,3 episodios de BRC/1000 días de catéter endovascular en el año 2000 y 5,1 episodios de BRC/1000 días de catéter endovascular en el año 2001. El riesgo relativo era de 2,6 (IC 95%; 1,03-4,17).

Conclusiones: En UCIs con alta tasa de incidencia de BRC, la aplicación de medidas preventivas protocolizadas disminuye significativamente la incidencia de bacteriemia asociada a catéter.

008

CATÉTER POSITIVO A CANDIDA. FACTORES DE RIESGO

A. Loza, C. Leon, M. Casado, R. Vicho, y Grupo EPCAN
Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Objetivos: Estudiar los factores de riesgo de los pacientes con cultivos de catéteres intravasculares positivos a *Candida*.

Pacientes y métodos: Datos derivados del proyecto Epcan. Se recogieron datos demográficos y factores de riesgo de los pacientes con puntas de catéter positivas a *Candida*, y se compararon con aquellos casos que tuvieron cultivo negativo.

Análisis estadístico: Medias \pm desviaciones típicas para numéricas y porcentajes para cualitativas. Test Chi-Cuadrado con corrección de Yates o test exacto de Fisher, para las cualitativas y test de M. Whitney para cuantitativas. Modelo de regresión logística binaria con método de selección basado en el estadístico de razón de verosimilitud.

Resultados: 1.765 pacientes consecutivos. Se practicaron 817 cultivos de punta de catéter, de los cuales 46 fueron positivos a *Candida*. En el análisis descriptivo resultaron significativas las variables: presentar infección candidiásica ($p < 0,0005$), diabetes ($p < 0,003$), radioterapia previa ($p < 0,09$), tiempo de estancia en UCI ($p < 0,002$), uso de NPT ($p < 0,04$), uso de depuración extrarenal ($p < 0,04$), presencia de hemocultivo positivo a *Candida* ($p < 0,0005$), presencia de *Candida* en otras muestras ($p < 0,005$), mortalidad intra UCI ($p < 0,003$) y días de uso: de CVC ($p < 0,02$), de sonda vesical ($p < 0,01$), de VM ($p < 0,001$), de nutrición enteral ($p < 0,01$). En el análisis multivariado la positividad de la punta de catéter se asocia a hemocultivo positivo a *Candida* (OR: 5,88, IC 95%: 2,4 – 13,9), y al tiempo de nutrición enteral (OR: 1,02, IC 95%: 1 – 1,03).

Conclusiones: 1) El riesgo de tener punta de catéter positiva a *Candida* aumenta en 1,02 por día de nutrición enteral. 2) El riesgo de tener punta de catéter positiva a *Candida* es 5,88 veces superior en los que tienen hemocultivos positivos vs. hemocultivos negativos.