

Infecciosas I

023

¿EN QUÉ SITUACIONES CLÍNICAS EL TRATAMIENTO INADECUADO DE LAS BACTERIEMIAS EN UCI INFLUYE EN SU MORTALIDAD ATRIBUIBLE?

R. Zaragoza, A. Artero, S. Sancho, A. Rodrigo, C. Tormo, J.J. Camarena y J.M. Nogueira

Servicios de Medicina Intensiva, Medicina Interna y Microbiología Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Objetivos: Conocer si la influencia del tratamiento empírico inadecuado (TI) en las bacteriemias en UCI sobre la mortalidad atribuible (MA) varía según su origen, forma clínica de presentación y el foco de las mismas.

Material y métodos: Estudio prospectivo de las bacteriemias clínicamente significativas en una UCI médico quirúrgica, desde mayo de 1995 a mayo de 1999. Análisis estratificado comparativo de la MA en los casos con TI y tratamiento correcto según origen, foco de riesgo (respiratorio o abdominal) y presentación clínica, mediante SPSS y determinación de Odds Ratios con IC 95%.

Resultados: De un total de 170 bacteriemias el 77,5% fueron nosocomiales, con TI en el 27,3% y MA en los TI del 28,9%, con OR de 0,82 (IC: 0,33-2,03) respecto a las comunitarias. Las bacteriemias con foco de riesgo fueron el 28,4%, con TI en el 13,9% y MA de las TI del 16,6%, con OR de 1,14 (IC: 0,48-2,70) frente al resto de focos. El 55,8% presentaron sepsis severa o shock séptico con TI en el 24,2% y MA de las TI del 30%, con OR 1,65 (IC: 0,79-3,46) respecto al resto.

Conclusiones: El tratamiento antibiótico empírico inadecuado se asocia a una mayor mortalidad atribuible de las bacteriemias en las situaciones clínicas de mayor riesgo, tales como foco respiratorio o abdominal y sepsis severa o shock séptico, si bien esta asociación no alcanzó significación estadística, probablemente debido al número limitado de casos en nuestra serie.

025

CORRELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SHOCK, TRATAMIENTO INAPROPIADO Y MORTALIDAD EN LOS PACIENTES CRÍTICOS CON BACTERIEMIA EXTRAHOSPITALARIAJ. Vallés, J. Rello, A. Ochagavía, J. Garnacho, M.A. Alcalá y GTEI
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Sabadell. Sabadell. Barcelona.

Objetivos: Evaluar el impacto del tratamiento antibiótico inapropiado y la respuesta sistémica sobre el pronóstico de los pacientes críticos con bacteriemia extrahospitalaria (BEH).

Métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo y observacional de 339 episodios de BEH ingresadas en 30 UCIs españolas, evaluándose mediante análisis bivariante y multivariante los factores de riesgo de tratamiento inapropiado (TI), shock séptico (SS) y pronóstico.

Resultados: La mortalidad global fue del 41,5% y la incidencia de SS del 55%. El 14,5% de los pacientes recibieron TI. Los pacientes con SS y TI presentaron una mortalidad > 80%. Los patógenos más frecuentes asociados con SS y mayor mortalidad fueron *E.coli*, *S.aureus* y *S.pneumoniae*, que fueron responsables de casi la mitad de los exitus. El análisis multivariante identificó la edad > 60 a. (OR: 1,96), el tratamiento previo con corticoides (OR: 2,58), la leucopenia (OR: 2,32) y el origen de la bacteriemia en el abdomen (OR: 2,38) o el tracto urinario (OR: 2,29) como factores independientemente asociados con SS. Las variables que independientemente se asociaron con mayor mortalidad fueron: Un Apache II > 15 (OR: 2,42), la presencia de SS (OR: 3,22) y que el paciente recibiera un TI (OR: 4,11). La mortalidad atribuida al TI se asociaba directamente con la severidad del paciente (10,7% con Apache II < 15 y 41,8% con Apache II > 25, p < 0,001). Solo el origen desconocido de la BEH se asoció significativamente a un TI (OR: 2,49).

Conclusiones: El TI es el factor más importante que influye en el pronóstico de los pacientes críticos con BEH, principalmente en los casos de SS o con altos grados de severidad (Apache II) al ingreso.

024

FACTORES DE RIESGO DE CANDIDURIA EN PACIENTES CRÍTICOSF. Álvarez-Lerma, J. Nolla, M. Benazzouz, Z. Josic y Grupo EPCAN
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivo: Determinar las características de los pacientes críticos con candiduria así como los factores de riesgo que facilitan su aparición.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo, observacional y multicéntrico. A todos los pacientes ingresados en UCI más de 7 días, se les han practicado cultivos de orina, una vez a la semana. Las muestras fueron procesadas por los distintos laboratorios de los hospitales participantes, utilizando medios específicos (Sabouraud) utilizando el método BACTEC para la identificación de especies y el sistema A20C (Byomerieux) para su identificación. Se definió la candiduria como la presencia de > 10⁴ ufc de *Candida sp* en orina. Para cada paciente se obtuvieron datos demográficos, de patologías de base y asociadas, factores de riesgo y tratamientos previos. Para identificar los factores de riesgo se ha realizado una regresión logística con las variables significativas en el análisis bivariado.

Resultados: Se han incluido 1.765 pacientes ingresados > 7 días, en las 70 UCIs participantes, durante el periodo de mayo 98 a enero 99. En 389 (22%) pacientes se han identificado una o más *Candida sp* en orina. Los factores de riesgo individual relacionados con candiduria han sido: utilización previa de antibióticos (OR 2,48; IC 95% 1,03-6,01, p = 0,043), sexo (mujer) (OR 2,35, IC95% 1,86-2,99, p < 0,0001), edad > 65 años (OR 1,47, IC95% 1,15-1,86, p = 0,0017), diabetes mellitus (OR 1,86, IC95% 1,37-2,54, p = 0,001), estancia previa en el hospital (OR 1,01, IC95% 1,003-1,02, p = 0,0075), ventilación mecánica (OR 2,73 IC95% 1,5-5,0, p = 0,011) y NTP (OR 1,82 IC 95% 1,43-2,32, p < 0,001).

Conclusiones: Se ha identificado el perfil del paciente crítico que desarrolla una candiduria. La mayoría de los factores de riesgo no son modificables.

026

EVOLUCIÓN DE LOS MARCADORES DE MULTIRRESISTENCIA EN INFECCIONES ADQUIRIDAS EN UCIF. Álvarez-Lerma, M. Palomar, P. Olachea, J. Insausti, M.A. de la Cal y Grupo de Estudio de Infección Nosocomial en UCI (ENVIN-UCI)
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivo: Presentar la evolución de los marcadores de multirresistencia (MMR) en infecciones adquiridas en UCI.

Métodos: Estudio de incidencia, prospectivo y multicéntrico. Se han incluido los pacientes ingresados en las UCIs participantes desde 1994 hasta el año 2000. El seguimiento se ha realizado hasta el alta de UCI o hasta un máximo de 30-60 días. Las infecciones monitorizadas han sido: neumonías relacionadas con VM (N-VM), infección urinaria relacionada con SU (U-SU), y bacteriemias primarias (BP). Los marcadores identificados han sido definidos por el CDC (1). La recogida de datos se ha realizado utilizando un programa propio, desarrollado con la base Acces 97. Los datos se expresan en % de aislamientos resistente a los antibióticos seleccionados.

Resultados: En 27.756 pacientes se han detectado 3.555 infecciones producidas por 3.855 MP, con la siguiente evolución de los MMR:

Período	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<i>Escherichia coli</i> ¹ (n)	18	16	61	28	37	64	46
Cefotaxima-R	0	0	0	0	2,7	4,7	2,7
Ciprofloxacino-R	11,1	6,3	9,8	10,7	8,1	10,9	29,0
<i>P. aeruginosa</i> ² (n)	38	34	120	31	54	68	83
Ceftazidima-R	23,7	17,6	17,5	25,8	11,1	19,1	11,0
Ciprofloxacino-R	2,6	14,7	21,7	29,0	11,1	14,7	23,6
Imipenem-R	10,5	26,5	15,8	25,8	7,4	16,2	11,3
<i>A. baumannii</i> ²	19	14	83	26	23	40	27
Imipenem-R	10,5	7,1	19,3	23,1	21,7	57,5	25,0
<i>S. aureus</i> ²	19	26	101	32	64	93	93
Meticilina-R	21,1	19,2	17,8	9,4	15,6	44,0	30,1
SCN	17	22	118	27	49	33	74
Vancomicina-R	0	0	0	0	0	0	1,3

Conclusiones: Incrementos intermitentes de los MMR.

(1) Center for Infectious Diseases Control. Am J Infect Control 1999; 27:279.

027

PROFILAXIS DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON CVC CON EL DISPOSITIVO SEGUR-LOCK. SEGURIDAD DE USOM. Segura^a, C. León^b, F. Álvarez^a, S. Ruiz^c, M. Nolla^d y F. Sánchez-Franco^e*Hospitales Mar^a, Univ. de Valme^b, Dr. Negrín^c, General Catalunya^d e Instituto Carlos III^e.*

El Segur lock (SL), dispositivo compuesto de una cámara antiséptica yodada que se coloca en la conexión de los catéteres (CVC), se ha mostrado eficaz en la profilaxis de las infecciones relacionadas con CVC. Sin embargo, es sabido que los desinfectantes yodados tienen el potencial peligro de contaminar a los pacientes con yodo, tras su uso repetido y causar alteración de la función tiroidea. El objetivo del estudio fue conocer si en condiciones extremas de uso se producía alguna alteración en la función tiroidea.

Pacientes y métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo en 4 UCIs españolas, en pacientes con CVC bilumen o trilumen, de > 5 días de duración, randomizados en proporción de 2:1 a Grupo Segur-Lock (GSL) o Grupo control sin SL (GC), respectivamente. Se practicó determinación en sangre, antes de colocar el catéter (basal) y cada 2 días hasta el día de su retirada, de: TSH, T4, T3, T4 libre y autoanticuerpos tiroideos (TPO y tiroglobulina). Se controló el número de manipulaciones diarias y totales de la conexión.

Resultados: 54 pacientes, 36/GSL y 18/GC. No hubo diferencias entre grupos respecto al % varones (69,4 vs. 61,1), edad (57,4 vs 62,4), días de cateterización (10,8 vs.9,0) o APACHE II (14,4 vs. 14,2). La media del número total de manipulaciones en el GSL fue de 35,9 (rango 5 a 96) y un promedio de 3,6 por día de cateterización (rango 0,8 a 8,0). No hubo diferencias significativas entre ambos grupos de los valores hormonales ni en condiciones basales (T4 = 5,9/5,8 µg/dl; T3 = 86,1/79,7 ng/dl; T4 libre = 0,87/0,81 ng/dl; TSH = 1,6/1,5 mU/l), ni al final del estudio (T4 = 7,0 /8,0 µg/dl; T3 = 113/105 ng/dl; T4 libre = 0,97/0,92 ng/dl; TSH = 2,3/2,7 mU/l). Tres pacientes fueron TPO (1/GSL, 2/GC) y 1 antitiroglobulina (GC) positivos en condiciones basales y ninguno de los negativos se tornó positivo al final del estudio.

Conclusión: El uso del SL no provoca alteración de la función tiroidea.

028 bis

LA DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA REDUCE LA MORTALIDAD EN LOS ENFERMOS CON QUEMADURAS GRAVES

E. Cerdá, M.A. de la Cal, P. García-Hierro, D. Gómez-Santos, E. Negro, J.A. Lorente y D. Ballesteros

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Getafe.

Introducción: La descontaminación digestiva selectiva (DDS) reduce el 20% la mortalidad y el 64% las infecciones respiratorias asociadas a la ventilación mecánica en enfermos críticos. La eficacia de esta medida nunca ha sido evaluada adecuadamente en pacientes quemados graves.

Método: Ensayo clínico randomizado y ciego. Pacientes: ≥ 18 años; superficie total quemada ≥ 20% y/o con lesión por inhalación y estancia ≥ 3 días. Período de estudio 34 meses. El grupo tratamiento recibió: cefotaxima (1 g/8 horas) durante 4 días, pasta oral y solución digestiva con tobramicina, colistina y anfotericina B durante su estancia en UCI. El grupo control recibió placebo enmascarado. El resto del tratamiento fue similar en ambos grupos. Se obtuvo consentimiento informado. El ajuste de la mortalidad se hizo mediante regresión de Cox.

Resultados: Pacientes elegibles 120. Pacientes elegidos 106. Pérdidas por criterios de exclusión 14 (7 en cada grupo).

	Placebo (53)	SDD (53)
Edad (años) (media ± DS)	47,5 ± 18	41,4 ± 17,7
Superficie total quemada (media ± DS)	37,7 ± 21,34	34,0 ± 21,4
Superficie profunda (media ± DS)	19,0 ± 19,0	19,3 ± 15,3
Lesión por inhalación	42 (79%)	39 (74%)
Mortalidad	14 (26%)	5 (9%)*
Neumonías (por 1.000 días VM)	32,6	17,8*

*p < 0,05. RR de mortalidad UCI: 0,36 (0,14 a 0,92). RR ajustado 0,27 (0,09 a 0,84). NNT 6 (3 a 37). RR neumonías 0,54 (0,32 a 0,91).

Conclusiones: La DDS es una técnica muy eficaz en el tratamiento de pacientes quemados graves.

028

MENINGITIS NEUMOCÓCICAS DEL ADULTO INGRESADOS EN UCI

R. Amaya, J.M. Flores, P. Castro, R. Rodríguez y J. Garnacho

Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivo: Estudiar aspectos relevantes de la clínica, evolución y tratamiento de las meningitis neumocócicas (MN) ingresadas en UCI.

Método: Estudio prospectivo, multicéntrico, llevado a cabo en tres hospitales de la provincia de Sevilla. Desde el 1 de Enero de 2000 al 31 Octubre de 2001, se incluyen los 23 episodios de meningitis neumocócicas comunitaria en pacientes mayores de 14 años de edad. Se estudia la presencia de clínica neurológica inicial (convulsiones y/o focalidad), el nivel de conciencia al ingreso en UCI por la Glasgow Coma Scale (GCS), las características del líquido cefalorraquídeo (LCR), el curso evolutivo durante la estancia en UCI, así como el tratamiento antibiótico y adyuvante. Se realiza estudio estadístico con los valores bioquímicos del LCR, comparando el grupo de MN de buena evolución clínica (n = 10) frente al grupo de MN con evolución desfavorable (n = 13) [complicaciones neurológicas o mortalidad intra-UCI].

Resultados: De los 23 episodios de meningitis neumocócicas, 20 (86,9%), presentaron clínica neurológica inicial. El promedio del nivel de conciencia al ingreso en UCI fue de 9,34 (4,07) puntos de la GCS. Todos los casos, excepto uno fueron tratados inicialmente con cefalosporina de 3ª generación. Dieciocho casos (78,2%) recibieron corticoides y 15 (65,2%) manitol y/o fenitoína. Un total de 7 pacientes (30,4%) presentaron complicaciones neurológicas, tipo hidrocefalia y/o edema cerebral. La mortalidad intra-UCI fue del 26% (6 casos). Entre los factores analizados, el nivel de glucorraquia fue menor en los pacientes con evolución desfavorable, pero no hubo diferencias significativas [29,3 (40,2) vs 41,1 (45,7), respectivamente; p = 0,51].

Conclusiones: Las meningitis neumocócicas debutan en la mayoría de los casos con clínica neurológica asociada, presentando aún una elevada morbi-mortalidad. Los distintos valores bioquímicos del LCR, no se asocian a evolución desfavorable.