

## FMO. Meningitis y otra patología infecciosa

098

### DOPPLER TRANSCRANEAL EN LAS MENINGITIS NEUMOCÓCICAS Y MENINGOCÓCICAS

J.M. Flores Cordero, R. Amaya Villar, M.D. Rincón Ferrari, V. Rivera Fernández y F. Murillo Cabezas.

UCI. Hospital de Traumatología Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivo:** La sonografía doppler transcraneal (DTC) es una técnica no invasiva que permite la monitorización hemodinámica cerebral en diferentes situaciones patológicas. En el presente estudio comunicamos nuestra experiencia de monitorización mediante DTC en pacientes con meningitis neumocócicas y meningocócicas, con referencia a su utilidad clínica.

**Métodos:** Estudio clínico con 22 pacientes adultos con meningitis (16 de origen neumocócico y 6 de origen meningocócico) a los que se les realizó al menos un registro de DTC, recogiendo las velocidades del flujo sanguíneo de arteria cerebral media a través de la ventana temporal. Se comparan los parámetros (velocidades sistólica, media y diastólica e índice de pulsatilidad-IP-) del primer registro de DTC tras el ingreso en UCI. Ningún paciente se encontraba hipotenso en el momento del estudio. Además, se recoge el uso de tratamiento coadyuvante para manejo de hipertensión endocraneal. Análisis estadístico: Prueba no paramétrica de Mann-Whitney.

**Resultados:** La edad media de la serie global fue de  $43,6 \pm 17$  años y el promedio del tiempo transcurrido entre el ingreso hospitalario y el estudio DTC fue de  $14,7 \pm 7$  horas. La meningitis neumocócica se caracterizó por presentar un patrón de DTC de alta resistencia, mientras que en la meningocócica fue normal, difiriendo significativamente en el IP ( $1,72 \pm 1,33$  vs.  $0,96 \pm 0,39$ ;  $p = 0,02$ ) y en la velocidad diastólica ( $26,7 \pm 14$  vs.  $43,3 \pm 19,4$  cm/seg;  $p = 0,05$ ). Los registros DTC, conjuntamente con otros datos clínicos y de imagen, condicionaron tratamiento dirigido contra hipertensión endocraneal en 10 (62,5%) de los 16 pacientes con meningitis neumocócica y en uno (16%) de los pacientes con meningitis meningocócica.

**Conclusión:** En nuestra experiencia, el uso del DTC, conjuntamente con técnicas de neuroimagen, puede ayudar a detectar inicialmente pacientes con meningitis bacteriana aguda, especialmente de origen neumocócico, que pueden ser tributarios de tratamiento coadyuvante dirigido contra hipertensión endocraneal.

099

**MENINGITIS AGUDA, EPIDEMIOLOGÍA, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN**

M. A. Mateo Garrido, A. García Fernández, R. Fernández del Campo, J.B. Araujo Alcántara, I. Pujol Varela y F. Tejera Guda  
*UVI Médica. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

**Objetivos:** Realizar un análisis retrospectivo y descriptivo de la nuestra experiencia con las meningitis agudas que han ingresado en la UCI.

**Material y métodos:** Estudio desde ene/1999 hasta dic/2001 de todos los pacientes que ingresaron en la UCI. Se analizó etiología, tiempo de ingreso en UCI, tratamiento y complicaciones.

**Resultados:** De toda la base de datos estudiada se encontraron 22 enfermos (13 varones/9 mujeres), de los cuales la causa más frecuente fue el neumococo (40%), seguido del meningococo (36%). La estancia media en la UCI fue de 5 días (aunque lo más frecuente es que estuvieran 2 días). Las complicaciones más frecuentes fueron las neurológicas con un 23% (afectación de pares craneales, crisis comiciales) cuya etiología más frecuente fue el meningococo (60%), aunque la más grave fue ocasionada por neumococo (hipertensión intracraneal y muerte cerebral). La segunda complicación en frecuencia fue otitis/mastoiditis (18%) todas secundarias a neumococo (75% requirieron drenaje quirúrgico). La pauta antibiótica más frecuentemente utilizada de entrada fue cefotaxima/cefotaxima más ampicilina (77%).

**Conclusiones:** La meningitis fue producida fundamentalmente en nuestro medio por neumococo y meningococo. Si la meningitis fue tratada de forma precoz la estancia media no superó las 48 horas. Cuando observamos foco ORL debemos pensar siempre en el neumococo y que la mayoría requirieron drenaje quirúrgico. Aunque la meningitis meningocócica tuvo normalmente mejor evolución, en algunas ocasiones dio lugar a complicaciones neurológicas a veces irreversibles. La pauta antibiótica más utilizada fue la cefotaxima o cefotaxima más ampicilina.

101

**EVOLUCIÓN EN LOS MICROORGANISMOS PREDOMINANTES EN NUESTRA UCI CONTRASTANDO LOS AISLAMIENTOS DE LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS CON LOS CUATRO PREVIOS**

F. Árbol, L. Caballero\*, V. Merlo, M.T. Gil\* y P. López  
*Servicios de Cuidados Intensivos y Microbiología Clínica( H. Ntra. Sra. del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.*

**Objetivo:** Valorar si han cambiado los microorganismos predominantes en nuestra UCI y en que proporción se ha producido.

**Material y método:** Se han analizado retrospectivamente y mediante métodos estándar las muestras obtenidas durante los años 1996-1999 comparándolas con las analizadas durante 2000-2001.

**Resultados:** Se procesaron durante el primer periodo (1996-1999) 1309 hemocultivos (25,6% positivos), 336 aspirados traqueales (BAS) (46,4% (+)), 263 urocultivos (17,5% (+)), 166 catéteres vasculares (24,1% (+)), 125 exudados de herida (58,4% (+)). En el segundo periodo (2000-2001): 1165 hemocultivos (24,5% (+)), 281 BAS (50,3% (+)), 180 urocultivos (15% (+)), 127 catéteres vasculares (26,7% (+)) y 46 exudados de herida (52% (+)). Microorganismos aislados: **Hemocultivos:** *S. coagulasa* (-): (58%/65,7%); *S. aureus*: (10%/11,8%); *Enterobacter* spp: (4,4%/1,7%); *E. coli*: (3,5%/3,9%); *P. aeruginosa*: (2,9%/2,1%); *Candida* spp: (2,9%/0%); *E. fecalis*: (0%/3,2%); *A. baumannii*: (0%/1,1%). **BAS:** *P. aeruginosa*: (32,2%/14,4%); *H. influenzae*: (12%/8,8%); *S. aureus*: (10,7%/8,8%); *Klebsiella* spp.: (5,1%/4,8%); *Candida* spp: (4,5%/5,6%); *Proteus* spp.: (4%/4,8%); *A. baumannii*: (0%/14,4%). **Urocultivos:** *Candida* spp: (31%/27%); *Enterococcus* spp.: (22%/15,4%); *E. coli*: (15,6%/34,6%); *Proteus m.*: (9%/3,8%); *Klebsiella*: (4,4%/3,8%). **Catéteres vasculares:** *S. coagulasa* (-): (30,4%/37,5%); *P. aeruginosa*: 21,7%/12,5%); *Enterococcus* spp: (11%/8,3%); *Candida* spp: (6,5%/8,4%); *Klebsiella* spp: (6,5%/0%); *A. baumannii*: (0%/12,5%); *S. aureus*: (11%/0%). **Exudados de herida:** *E. coli*: (22,2%/0%); *P. aeruginosa*: (14,1%/0%); *S. aureus*: 10%/3,3%); *Enterococcus* spp: (8%/40%); *Enterobacter* spp: (3%/10%); *Candida* spp: (3%/0%); *Morganella morganii*: (0%/6,7%).

**Conclusiones:** La *P. aeruginosa* ha disminuido como microorganismo causal de nuestras infecciones. Hemos sufrido un brote de *A. baumannii* multirresistente. El conocimiento de los microorganismos predominantes es importante para un tratamiento empírico óptimo.

100

**MENINGITIS BACTERIANA AGUDA DE LA COMUNIDAD EN EL ADULTO INGRESADO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

R. Amaya, J.M. Flores, J. Garnacho, P. Castro y R. Rodríguez  
*Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Objetivo:** Conocer las características clínicas, analíticas y microbiológicas de los episodios de meningitis bacterianas aguda (MBA) de la comunidad en el adulto que requirieron ingreso en UCI.

**Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo, multicéntrico, llevado a cabo en tres hospitales de la provincia de Sevilla. Se incluyen los 44 episodios de MBA comunitaria en pacientes > 14 años, ingresados en UCI entre el 1 de enero de 2000 y 31 de octubre de 2001. Se estudian: datos demográficos, motivo de solicitud cama en UCI, características clínicas del episodio, valoración del nivel de conciencia al ingreso en UCI según la Glasgow Coma Scale (GCS), APACHE II en las primeras 24 horas de ingreso en UCI, características bioquímicas del LCR, aislamientos microbiológicos, hallazgos en la tomografía computerizada (TC) y evolución clínica en UCI.

**Resultados:** La edad media fue de 55,5 (17,4) años, con un promedio de estancia en UCI de 6,5 (8,9) días. El motivo más frecuente de solicitud de ingreso en UCI fue la alteración de la conciencia (68%), siendo el GCS medio al ingreso en UCI de 10,43 (3,37) con 11 casos con GCS < 9. El APACHE II promedio fue de 12,09 (7,24). Los síntomas más frecuentes fueron la fiebre y alteración de la conciencia que aparecieron en 31 de los 44 casos (70,4%). El aspecto del LCR fue turbio en la mayoría de los casos (86,3%) con una media de 3976,2 (2957,1) células y un predominio de 98% PMN. El microorganismo que se aisló con más frecuencia fue el neumococo (52,2%), seguido del meningococo (13,6%). En 8 (18,1%) casos la TC mostraba hallazgos patológicos intracraneales, siendo la hinchazón celular moderada el hallazgo más frecuente. El 56,8% presentó criterios de sepsis. La mortalidad hospitalaria de nuestra serie fue del 20,4% (9/44 episodios).

**Conclusiones:** La alteración de conciencia es el motivo más frecuente de solicitud de ingreso en UCI de la MBA de la comunidad en el adulto. El aislamiento microbiológico más frecuentemente encontrado fue el neumococo. Estos episodios se asocian a una elevada mortalidad.

102

**ESTUDIO NACIONAL DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL Y PANCREATITIS AGUDA GRAVE (PAG) EN UCI. ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL**

E. Maraví-Poma, B. Bermejo, A. Lander, J.M. Martínez, J. Escuchuri y GTEI-SEMICYUC  
*UCI, Hospital Virgen del Camino, Pamplona.*

**Objetivo:** La mortalidad de la PAG está asociada a las infecciones pancreáticas y extrapancreáticas (IN). Conocimiento de estos hechos en pacientes críticos con PAG ingresados en UCI españolas.

**Método:** Estudio clínico, prospectivo y multicéntrico de PAG que ingresan en UCI, durante dos meses consecutivos durante 1997-2000. Participan 51 UCI de España. La gravedad se cuantifica mediante el APACHE II. La PAG fue diagnosticada por criterios de Ecografía, Imrie, PCR, TAC-dinámica. Se describe las infecciones, mortalidad, datos epidemiológicos y antibióticos utilizados como preventivos.

**Resultados:** De 16.927 pacientes se incluyen 199 pacientes con PAG (1,18%). APACHE II medio 14,9, estancia media 12,2 días. La enfermedad de base fue médica (94,5%) y quirúrgica el 5%. El 30,7% fue sometido a cirugía urgente. La clasificación del riesgo al ingreso (NNIS) del CDC fue: C-23%; D-46,4% y E-23%. La incidencia acumulada de IN fue 48,7% y la densidad de incidencia el 40/1.000 días de estancia. La mortalidad cruda fue del 31% y la mortalidad relacionada a IN del 50%. Las 97 IN analizadas fueron: Abdominal 27,8%; Neumonía relacionada con ventilación mecánica 17,5%; Bacteriemia secundaria a infección abdominal 12,4%; Infección urinaria 12,4%; Bacteriemia primaria 10,3%; Bacteriemia ligada a catéter 1,5%. Se aislaron un total de 66 patógenos: BGN 58,5%, CGP 24,5%, Hongos 17%, Enterococos 15% y anaerobios en el 4%. El 85,4% de PAG recibían tratamiento con antibióticos, los más usados: Imipenem 70%, piperacilina/tazobactam 19,4%, ciprofloxacino, metronidazol, vancomicina, amikacina en el 13% respectivamente y fluconazol 7,6%.

**Conclusión:** La Prevalencia de IN (50%) y mortalidad cruda (31%) de la PAG en UCIs españolas son superiores a la media registrada en la literatura (29,7% y 14,8%). El imipenem es el antibiótico más utilizado en PAG.

### INCIDENCIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL RECEPTOR DE UN TRASPLANTE RENAL E IMPACTO SOBRE LA FUNCIONALIDAD DEL INJERTO

M.A. Alcalá Llorente, S. Cuadra Madrid, C. Pérez Calvo, A. Gamero de Maeyer y T.M. Corrales Rodríguez

*Servicio de Medicina Intensiva. Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid.*

**Objetivo:** Debido al estado urémico y a la respuesta alterada del huésped frente a la infección motivado por la terapia inmunosupresora imprescindible para evitar la patología relacionada con el rechazo, los receptores de un trasplante renal (TR) resultan muy susceptibles a diversas complicaciones infecciosas, responsables de una elevada morbi-mortalidad.

Con objeto de conocer la incidencia de la infección nosocomial (IN) en nuestra serie de TR y su impacto en la funcionalidad del injerto, efectuamos el siguiente estudio.

**Método:** Estudio prospectivo observacional unicéntrico de una serie temporal de 201 pacientes receptores de TR correspondientes a los años 1993-2001.

Todos recibieron antibioterapia profiláctica (cefotaxima y cloxacilina) y drogas inmunosupresoras, así como sesión de hemodiálisis previa al acto quirúrgico. Para definir los diferentes tipos de IN, se utilizaron los criterios propuestos por el CDC.

**Resultados:** Se estudiaron 201 pacientes de 46 ± 13 años de edad, con 15 ± 3 puntos de APACHE II al ingreso en Intensivos. La estancia en UCI y hospitalaria fue respectivamente: 2 ± 2 y 23 ± 14 días. Se objetivaron 78 episodios de IN en 64 pacientes (31,8%), de los que 9 episodios (11,5%) cursaron con bacteriemia (B), afectando a 9 pacientes (4,5%) del total de la serie. En 51 pacientes (25,4%) la IN fue única y 13 pacientes (6,5%) presentaron al menos dos episodios (Infección múltiple) de IN. Ocurrieron 16 episodios (20,5%) de IN polimicrobiana (INP) en 12 pacientes (6%). Los patógenos aislados más frecuentemente, así como las características de la IN en la serie fueron:

Infección	Enterococcus	ECN	Pseudomonas
Polimicrobiana	13	7	7
Múltiple	5	3	3
Única	19	9	4
Bacteriemia	4	3	2

Al alta hospitalaria 169 injertos renales (84,1%) mostraron una funcionalidad suficiente como para poder prescindir de técnicas dialíticas para mantener la homeostasis.

Se encontró asociación entre la presencia de IN (p: 0,24 Mantel-H; OR: 0,68 < 1,58 < 3,68; RR: 0,77 < 1,46 < 2,78), INP (p: 0,10 Fisher; OR: 0,59 < 2,88 < 11,55; RR: 0,94 < 2,25 < 5,37), IN múltiple (p: 0,43 Fisher; OR: 0,27 < 1,64 < 6,90; RR: 0,52 < 1,5 < 4,26) y B (p: 0,037 Fisher; OR: 0,87 < 4,69 < 23,01; RR: 1,36 < 3,05 < 6,83), con la ausencia de funcionalidad renal al alta hospitalaria, si bien tan solo mostró significación estadística la presencia de bacteriemia.

Ni la presencia de IN, INP e IN múltiple, significaron factores de confusión con respecto a la bacteriemia en el análisis estratificado (OR ponderada de Mantel-H: 1,15 < 2,04 < 3,73; RR ponderada de Mantel-H: 1,17 < 1,77 < 2,68; p: 0,01 Mantel-H).

**Conclusiones:** Pese a la antibioterapia profiláctica utilizada, la incidencia de IN afectó casi a la tercera parte de los pacientes estudiados. Si bien la presencia de una IN tanto única como múltiple, o polimicrobiana ha sido identificada como factor de mal pronóstico con respecto a la funcionalidad del injerto renal en los pacientes trasplantados, en nuestra serie esto solo fue cierto con respecto a la presencia de bacteriemia nosocomial durante el ingreso correspondiente al acto quirúrgico del implante.

### ASOCIACIÓN DE VARIABLES PRONÓSTICAS DE LA MORTALIDAD EN FMO

V. de Paz Varea, A. García de Lorenzo y Mateos y J.M. Añón Elizalde  
*Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen de la Aluz. Cuenca.*

**Introducción:** El FMO es responsable de un gran número de fallecimientos. Pretendemos avanzar en el pronóstico y terapéutica de este síndrome.

**Método:** Hemos sometido a 71 pacientes (UCI médico-quirúrgica) a un estudio observacional prospectivo de cohorte, utilizando el descriptor MODS de Marshall et al de FMO, el cual aplicamos al ingreso y cada tres días cuantificándolo globalmente y por órgano. También hemos recogido el APACHE II al ingreso, el tipo de nutrición que toleraron los pacientes y las variables generales descriptivas.

**Resultados:** El análisis multivariante (Regresión logística) asoció la mortalidad de los pacientes al APACHE II (p < 0,0015), edad (p < 0,0065), cambio global en el grado de disfunción multiorgánica (G (p < 0,007) y el tipo de nutrición que toleraron (p < 0,0016) (el área bajo curva COR: 96,3%). El PAR (Presión Ajustada por la Frecuencia: descriptor de la disfunción cardiovascular) medido el primer día fue de 14,51 ± 1,04 en los supervivientes y 18,81 ± 1,22 en los fallecidos (p < 0,003 ANOVA). La bilirrubinemia del primer día en fallecidos y supervivientes fue 3,92 ± 0,80 vs. 2,63 ± 0,75 (p < 0,028 ANOVA) y el APACHE II de los primeros fue de 25,06 ± 7,18 vs. 18,3 ± 7,18 en los segundos (p < 0,00 ANOVA). La tolerancia a nutrición enteral presentó una OR de 74,51 veces mayor supervivencia (método de control de variables). El intervalo para el 95% de esta OR fue en el peor de los casos de 5,12 veces mayor supervivencia.

**Conclusiones:** Las variables que se asocian para definir la mortalidad son el APACHE II, la edad, el incremento global del grado de disfunción multiorgánica y la tolerancia a la nutrición enteral, presentando esta última variable un gran peso epidemiológico sobre las demás. El deterioro cardiovascular o hepático al ingreso de los enfermos es un determinante precoz de la mortalidad. Los pacientes con peor estado hepático a su ingreso, eran los más graves con mayor APACHE II.

### ETIOLOGÍA Y RESISTENCIAS DE LAS INFECCIONES ADQUIRIDAS EN UCI. ENVIN AÑO 2001

M. Palomar, F. Álvarez-Lerma, P. Olaechea, 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 etiología de las principales infecciones adquiridas en UCI así como los patrones de resistencia de los microorganismos patógenos (MP) más frecuentes.

**Métodos:** Estudio de incidencia, prospectivo y multicéntrico. Se han incluido los pacientes ingresados > 24 horas en 56 UCIs participantes. El seguimiento se ha realizado hasta el alta de UCI o hasta un máximo de 30 días. La gravedad se ha calculado con el APACHE II score. Las infecciones monitorizadas han sido: neumonías relacionadas con VM (N-VM), infección urinaria relacionada con SU (IU-SU), bacteriemias primarias (BP) o relacionadas con catéter (B-CV) y bacteriemias secundarias (BS). La etiología fue identificada a partir de las muestras procesadas en cada uno de los hospitales participantes. La recogida de datos se ha realizado utilizando un programa propio, desarrollado con la base Acces 97.

**Resultados:** En los 4.213 pacientes monitorizados se han detectado 556 infecciones producidas por 620 MP clasificados como BGN (54,6%), CGP (37,6%), hongos (7%) y otros (0,7%). Las infecciones fueron en 314 casos (56,5%) N-VM, 125 (22,5%) IU-SU, 72 (12,9%) BP, 44 (7,9%) B-CV y 65 (11,7%) BS. Los MP responsables en N-VM han sido: *S. aureus* (19,7%), *P. aeruginosa* (17,2%) y *A. baumannii* (10,8%); en IU-SU: *E. coli* (26,4%), *Candida spp* (22,4%) y *E. faecalis* (16,8%); en BP-CV: SCN (39,6%) y *S. aureus* (7,8%). Los marcadores de resistencia han sido: SAMR (29,1%), *S. aureus* R a vancomicina (0%), SCN R a metilicina (87,3%), SCN R a vancomicina (0%), *E. coli* R ciprofloxacino (23,3%), a cefotaxima (2,9%), *Enterococcus spp* R a vancomicina (2,9%), *P. aeruginosa* R a ceftazidima (38,2%), a piperacilina/tazobactam (19,4%), a imipenem (19,4%), a ciprofloxacino (14,7%), a ampicilina (10,2%); *A. baumannii* R a imipenem (27,7%); *Enterobacter spp* R a ceftazidima (40%), a cefepime (13,3%).

**Conclusiones:** Persiste la misma distribución de MP por infecciones. Estabilización de los marcadores de resistencia.

### SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA. UNA CAUSA INFRECUENTE DE FRACASO MULTIORGÁNICO

M.I. González, E. Sevillano y S. Domínguez  
*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de León. León.*

**Introducción:** El síndrome de hiperestimulación ovárica es una complicación yatrogénica, resultado de la inducción de la ovulación con gonadotropinas exógenas, potencialmente letal.

**Caso clínico:** Mujer de 29 años con antecedentes de anexectomía derecha por estruma ovárico y esterilidad de causa ovárica. Cinco días antes del ingreso se había realizado fecundación asistida con implantación de 3 embriones (estaba en tratamiento con gonadotropina coriónica). Consultó por cuadro de dolor, distensión abdominal, oligoanuria y disnea. En la exploración física la paciente presentaba hipotensión, sequedad de piel y mucosas, taquipnea, hipoventilación en ambos hemitórax, hipoxemia, abdomen distendido, globuloso, con semiología de ascitis. APACHE II al ingreso 12. En la analítica destacaba: urea 78 mg/dl, creatinina 1,4 mg/dl, hematocrito 50%, tiempo de protrombina 65%, elevación de transaminasas, amilasa y bilirrubina. Niveles de HCG 683 mU/ml. Radiografía de tórax con derrame pleural bilateral. Ecografía abdominal mostraba gran cantidad de líquido libre, anejo izquierdo aumentado de tamaño con múltiples imágenes quísticas en su interior.

**Discusión:** El síndrome de hiperestimulación ovárica se caracteriza por masiva trasudación de líquido rico en proteínas (principalmente albúmina) desde el espacio vascular a un tercer espacio; este incremento de la permeabilidad vascular es secundaria a la descarga de mediadores como citoquinas (interleucinas, factor de necrosis tumoral, endotelina 1, factor de crecimiento del endotelio vascular, etc.), aumento de la síntesis de prostaglandinas a partir de los estrógenos y de la renina circulante. Los casos graves cursan con insuficiencia renal y oliguria, shock hipovolémico, tromboembolismo, síndrome de distress respiratorio del adulto y muerte. Se recomienda tratamiento de soporte en UCI.

**Conclusión:** Este cuadro es una enfermedad poco frecuente en nuestro medio, pero con el incremento de las técnicas de reproducción asistida se encontrarán con más frecuencia formas severas del síndrome de hiperestimulación ovárica.

**PATOLOGÍA INFECCIOSA DEL ENFERMO CON EPOC QUE REQUIERE INGRESO EN U.C.I. POLIVALENTE**

M. Loinaz, J. Insausti, B. Bermejo, I. Osés y J. Roldán  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Navarra. Pamplona.

**Objetivos:** Describir las características epidemiológicas, focos infecciosos y patógenos causales en el paciente con EPOC que requiere ingreso en UCI ante las escasas referencias existentes en la literatura.

**Métodos:** Estudio prospectivo descriptivo de los enfermos con EPOC descompensado que ingresan en nuestra UCI entre enero de 1996 y enero de 2002. Se analizan, entre otras, las siguientes variables: Edad, sexo, enfermedad de base, APACHE, estancia, mortalidad, ventilación mecánica (VM), infecciones, microorganismos causales y antibióticos (atbs) utilizados.

**Resultados:** Se estudian 119 (2,3%) EPOC de un total de 4.110 pacientes.

	Edad	Hombres %	Estancia	APACHE	Mortalidad %
EPOC	69,0 ± 10,4	81,0	8,8 ± 9,5	19,6 ± 7,4	14,3
Total	59,2 ± 18,2	67,3	7,8 ± 13,6	15,1 ± 9,4	19,3
p	<0,05	0,003	n.s.	<0,05	n.s.

Enfermedad de base en grupo EPOC: médica 82,4%, traumática 2,5% y posquirúrgica 5,9%. Se utiliza VM (invasiva y no invasiva) en el 82,4%. Se trata con atbs el 79,0% y diagnosticamos 56 infecciones:

Comunitarias (31): 9 neumonías, 20 traqueobronquitis (TB) y 2 otras. En el 29,0 % se identifica patógeno (*H. influenzae* 27,3%, *S. pneumoniae* 27,3%, *Klebsiella spp.* 18,2% y otros 27,3%).

Extra-UCI (9): 4 neumonías no relacionadas con VM (NnoRVM), 1 TB y 4 otras. En el 70% se identifica patógeno (*P. aeruginosa* 42,8%, *S. pneumoniae* 14,3%, *A. baumannii* 14,3%).

Intra-UCI (16): 5 TB, 4 infecciones urinarias, 3 bacteriemias primarias, 2 neumonías relacionadas con VM y 2 otras. En el 87,5% se identifica patógeno (*P. aeruginosa* 20%, *E. cloacae* 20%, *E. coli* 20%).

**Conclusiones:** El grupo EPOC presenta mayor severidad y edad media sin repercusión significativa en mortalidad cruda y estancia media. Ausencia de *P. aeruginosa* en la flora infectante comunitaria en nuestro entorno si bien la identificación microbiológica de este subgrupo es baja.

**PRONÓSTICO DE LA SEPSIS ABDOMINAL EN UCI**

J.M. Bonell, M. Palomar, J. Sacanell, X. Montero y F.J. Latorre  
Servei de Medicina Intensiva. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos:** Determinar las complicaciones y el pronóstico de pacientes ingresados en UCI afectados de sepsis de origen abdominal (SA).

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo desde 1997 a 1999 y prospectivo durante 2000 de un total de 114 pacientes ingresados en nuestra Unidad que presentaron SA, tanto como motivo de ingreso como complicación aparecida intra UCI en pacientes ingresados por otra patología. Se excluyeron pancreatitis agudas primarias. Determinamos la localización inicial del foco séptico, la incidencia de peritonitis terciaria, la estancia media, las principales complicaciones y la supervivencia de UCI. Se realizó un seguimiento de la etiología microbiológica de 57 pacientes.

**Resultados:** El 59,6% eran varones; edad media 63,7 años; APACHE II medio 21,6. El origen más frecuente fue la perforación de víscera hueca (50,9%), seguido de la infección de vía biliar (32,5%). En catorce casos la SA apareció durante la estancia en UCI. Las repercusiones sistémicas fueron graves y frecuentes: shock (65,8%), insuficiencia renal aguda (50,9%), insuficiencia respiratoria aguda (50%). La peritonitis terciaria supuso un 36,0% del total. Se trataron quirúrgicamente 100 pacientes (87,7%), la estancia media fue de 16,2 días y la mortalidad del 53,5% (61 casos), siendo la de la peritonitis terciaria del 63,4%. En los pacientes en que se revisó la microbiología sólo el 40,3% de las muestras de líquido abdominal tuvieron cultivo positivo; los hemocultivos fueron a su vez positivos en el 36,8%.

**Conclusiones:** La SA presenta una muy elevada morbi-mortalidad con un alto número de casos sin etiología microbiológica conocida.

**TRATAMIENTO CON VASOPRESINA EN EL SHOCK SÉPTICO REFRACTARIO**

J.R. Vázquez, E. Muñoz, M.C. Boqué y J. Rello  
Unidad de Medicina Intensiva. Hospital Universitari de Tarragona  
Joan XXIII. Tarragona.

**Objetivo:** Valorar la eficacia de la vasopresina en el tratamiento del shock séptico refractario.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo no randomizado de los pacientes que ingresaron en nuestra Unidad, durante el período Junio-Diciembre del año 2001, que presentaron shock séptico refractario (definido como TAM inferior a 65 mmHg con dosis de NA superiores a 1,5 µg/Kg/min), en los cuales se inició tratamiento compasivo (previo consentimiento informado) con vasopresina a dosis bajas (0,01-0,04 U/min). Todos los pacientes se monitorizaron con catéter de termodilución. Se valoró las diferencias en la TAM, PAPS, Saturación venosa mixta y dosis de aminas vasoactivas a las 1,3 y 6 horas (T1,T3,T6) con respecto a la previa al tratamiento (T0). Los cálculos estadísticos se realizaron con el programa CIA.

**Resultados:** Se incluyeron tres pacientes (dos mujeres y un varón) con media de edad 48,8 (DE 22,8) años y APACHE II de 30,3 (DE 6,02). Se objetivaron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en el aumento de la media de la TAM (28% en T1, 23 % en T3) y en la reducción media de la dosis de NA (T1 60%, T3 40%). Estas diferencias no fueron significativas ( $p > 0,20$ ) a las seis horas de la perfusión (T6).

No hubo diferencias significativas en los cambios de la media de la PAPS 41 (DE 2) mmHg y Saturación venosa mixta 67,3 (DE 1,52)%. Todos los pacientes fallecieron en las primeras 18 horas.

**Conclusiones:** El tratamiento con vasopresina a dosis bajas en el shock séptico refractario, produce aumento de la TAM y reducción de la necesidad de otras aminas vasoactivas. Estos efectos fueron transitorios, no objetivándose cambios significativos en la PAPS, Saturación venosa mixta ni en la mortalidad.

Estudio financiado parcialmente con CIRIT SGR 2000/280 y distinguió a la Recerca Universitaria.