

# XXXVII CONGRESO NACIONAL DE LA SEMICYUC

Miércoles 15 de mayo

## Comunicaciones orales

10:30 h - Sala Albaicín Infecciosas II	327-330
10:30 h - Sala Itálica Sepsis - FMO	331-334
10:30 h - Sala Bahía Miscelánea	335-338

## Infeciosas II

327

328

### EPIDEMIOLOGÍA DE LA CANDIDURIA EN PACIENTES CRÍTICOS

F. Álvarez-Lerma, J. Nolla, M. Benazzouz, Z. Josic y Grupo EPCAN  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital del Mar. Barcelona.

**Objetivo:** Determinar las frecuencias de las distintas especies de *Candida sp.* en la orina de pacientes críticos ingresados en Servicios de Medicina Intensiva (UCI).

**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  $> 10^4$  ufc de *Candida sp.* en orina. Las frecuencias se expresan en incidencia acumulada (%) y en densidad de incidencia (epidios por 1.000 días de sonda uretral).

**Resultados:** Se han incluido 1.765 pacientes ingresados  $> 7$  días, en las 70 UCIs participantes, durante el período de mayo 98 a enero 99. De ellos, 1.730 (98%) eran portadores de sonda uretral, con 40.273 días de sondaje. En 389 pacientes se han identificado una o más *Candida sp.* en orina. Tasa de candiduria: 22 por 100 pacientes/UCI, Densidad incidencia: 9,5 por 1.000 días de sonda uretral. En 23 casos se han identificado las candidas asociadas con bacterias (5,9%) entre las que predominan los BGN (13 casos), en especial *P aeruginosa* (5) y *E coli* (3) y CGP (10 casos) en especial Enterococos (7). Entre las especies de candida ha predominado *C. albicans* (68,4%), seguido de *C. glabrata* (8,2%), *C. tropicalis* (3,6%), *C. parapsilosis* (2,3) y *C. krusei* (1,3), independientemente de la semana en la que se realizó el aislamiento.

**Conclusiones:** Un 22% de los pacientes críticos ingresados  $> 7$  días en UCI tienen candiduria. Ha predominado *C. albicans* (68,4%) aunque en uno de cada tres casos se ha aislado una *Candida no albicans*.

### ESTUDIO NACIONAL DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL

F. Álvarez-Lerma, M. Palomar, 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 las tasas nacionales de infección adquirida en UCI, correspondientes al año 2001, relacionadas con cuerpos extraños (ventilación mecánica (VM), sonda uretral (SU) y catéter venoso central y arterial (CV)).

**Métodos:** Estudio de incidencia, prospectivo y multicéntrico. El seguimiento se ha realizado hasta el alta de UCI o hasta un máximo de 30 días. La gravedad se ha calculado con el sistema APACHE II. Las infecciones monitorizadas han sido: neumonías relacionadas con VM (N-VM), infección urinaria relacionada con SU (IU-SU), y bacteriemias primarias (BP). Las tasas se expresan en Densidad de Incidencia (DI) por 1000 días del factor de riesgo. Los numeradores son las infecciones definidas según criterios del CDC. Los denominadores han sido los días de cada factor de riesgo. La recogida de datos se ha realizado utilizando un programa propio, desarrollado con la base Acces 97.

**Resultados:** Se han incluido 4.213 pacientes, pertenecientes a 56 UCIs de 54 hospitales. La edad media ha sido 59,75 a (17,7), siendo el 35,74%  $> 70$  a. La patología de base ha sido: médica (37,4%), coronaria (31,4%), quirúrgica programada (20,7%) y traumática (10,6%). Un 14,8% de los pacientes precisaron cirugía urgente. El APACHE II medio ha sido 13,25 (7,9) y la mortalidad global 13,1%. Los días de riesgo, número de infecciones y tasas se incluyen en la tabla siguiente:

	Días	Infecciones	Densidad de incidencia
N-VM	16.665	265	15,9
IU-SU	23.943	123	5,14
BP	34.697	69	1,99
BP-CV	34.697	43	1,24
BS	31.508	56	1,78

**Conclusiones:** Se han identificado las tasas nacionales de infección adquirida en UCI del año 2001.

329

**EXCRECIÓN DE YODO EN ORINA EN EL PACIENTE CRÍTICO Y CON EL USO DEL DISPOSITIVO ANTISÉPTICO YODADO SEGUR-LOCK**

M. Segura<sup>a</sup>, C. León<sup>b</sup>, F. Álvarez<sup>a</sup>, S. Ruiz<sup>c</sup>, M. Nolla<sup>d</sup> y F. Sánchez-Franco<sup>e</sup>  
 Hospitales Mar<sup>a</sup>, Univ. de Valme<sup>b</sup>, Dr. Negrín<sup>c</sup>, General Catalunya<sup>d</sup> e Instituto Carlos III<sup>e</sup>.

No existen estudios acerca de la contaminación de yodo iatrogénico en el paciente crítico valorando su excreción por la orina. La utilización del dispositivo Segur-Lock (SL), se ha mostrado eficaz en la profilaxis de las infecciones relacionadas con catéteres venosos centrales (CVC) pero dada la presencia de yodo en su cámara antiséptica y la posibilidad de que parte de ella pase al paciente en cada manipulación de la conexión, se realizó este estudio con los objetivos de: 1) conocer la excreción habitual de yodo en orina en el paciente crítico y 2) ver si en condiciones de uso máximo de manipulaciones de Segur-Lock, se producía algún aumento de la misma.

**Pacientes y métodos:** Estudio multicéntrico, prospectivo en 4 UCIs, en pacientes con CVC bilumen o trilumen, de > 5 días de duración, randomizados en proporción 2:1 a Grupo Segur-Lock (GSL) o Grupo control sin SL (GC), respectivamente. Se practicó determinación de ioduria en orina de 24/h mediante el método colorimétrico estandarizado de Zak modificado por Benotti, antes de colocar el SL (basal) y cada 2 días hasta su retirada. Se controló el número de manipulaciones diarias del SL observando su relación con la yoduria.

**Resultados:** 54 pacientes, 36/GSL y 18/GC. La yoduria basal de los pacientes críticos controles (630,6 µg/24 h) fue de casi seis veces la yoduria en población normal. Los dos grupos fueron comparables en edad, sexo (% varones), y gravedad (APACHE II). No hubo diferencias significativas de la excreción de yodo en orina entre ambos grupos durante todo el estudio (media basal: 630,6 µg/24 h GC, 669,9 µg/24 h GSL; media día retirada catéter: 654,9 µg/24 h GC, 707,3 µg/24 h GSL. Hubo una relación significativa entre el número de manipulaciones y la eliminación de yodo urinario solamente en los días 4º (p < 0,05) y 12º (p < 0,01).

**Conclusiones:** 1) existe una muy elevada eliminación de yodo en orina en el paciente crítico; 2) el yodo del SL se excreta por la orina y no supone un aumento significativo respecto a los controles.

330

**SEGUIMIENTO PACIENTES CON NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA DEBIDA A ACINETOBACTER BAUMANNII**

L. Servia, F. Barcenilla, D. Campi, S. Rodríguez y M. Badia  
 Servicio de Medicina Intensiva. H. Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.

**Objetivo:** Comparar la evolución y la mortalidad de los pacientes diagnosticados de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) por *A. baumannii* multiresistente (AB) en nuestra unidad respecto a neumonías causadas por otros gérmenes.

**Material y método:** Se realiza un estudio prospectivo de todos los pacientes en ventilación mecánica invasiva (VM) durante mas de 24 horas (n = 70) ingresados en nuestra UCI polivalente durante un período de 8 meses. Se hace un seguimiento de los días en VM, número de pacientes traqueotomizados, estancia en UCI y mortalidad intra UCI.

**Resultados:** Se diagnosticaron un total de 29 pacientes con NAVM (41,4%). El germen mas frecuentemente aislado fue el AB en un total de 10 casos (34,5%). El total de días en VM, así como la estancia aumenta de forma importante si el paciente padece una neumonía por AB respecto la producida por otro germen. El aumento de los días en VM implica un aumento significativo de los pacientes que tienen que ser sometido a traqueotomía.

	VM (n = 70)	NAVM (n = 19)	ACINETO (n = 10)
Días en VM	4,3 d	9,6 d	21,8 d*
Estancia UCI	9,6 d	16,1 d	27,8 d*
Traqueotomías	2,4%	33,3%	70%**
Mortalidad UCI	46,3%	55,6%	60%

\*p < 0,01/\*\*p < 0,001

La mortalidad en pacientes ventilados que padecen neumonía no alcanza diferencias significativas independientemente del germen que la cause.

**Conclusiones:** Los pacientes que sufren NAVM por AB respecto a causadas por otro germen: 1) Precisan más días de VM. 2) Presentan estancias mas prolongadas en UCI. 3) Se realizan más traqueotomías 4) No aumenta la mortalidad intra-UCI.