

## Infección y sepsis en Medicina Intensiva

P001

### VARIABLES PREDICTORAS EN EL SHOCK SÉPTICO DE ORIGEN URINARIO

B. Bueno García, J. Peral Gutiérrez de Ceballos, J.C. Sotillo Díaz, E. Domínguez Pardo, G. Andrade Vivero y J.M. Gómez García  
C. Intensivos. Gregorio Marañón, Madrid.

**Objetivos:** Determinar las variables predictoras de mortalidad hospitalaria en la sepsis urinaria.

**Método:** Estudio retrospectivo de los casos de sepsis urinaria ingresados en UCI de ene/01 a nov/02.

**Resultados:** 38 pacientes, 63% mujeres, edad  $58 \pm 22,6$  y APACHEII  $14,7 \pm 4,8$ . **Antecedentes:** ITU de repetición 18,4%, litiasis renal 26,3%, manipulación urinaria 31,6% e inmunosupresión 7,8%. **Clinica:** Síndrome miccional 36,8%, sedimento patológico 78,9%, uropatía obstructiva (UPO) 44,7%, trombopenia grave 21,1%, coagulopatía 78,4% y creatinina  $> 2$  al ingreso 36,9%. **Tratamiento:** el 52,6% recibió nefrostomía, siendo la terapia empírica más frecuente cefalosporinas + aminoglucósidos (23,7%). Dosis de dopamina  $8,48 \pm 7$  y noradrenalina  $13,51 \pm 27,5$ . Hemocultivos y urocultivos positivos para BGN 63,5% y 44,7% respectivamente. Mortalidad hospitalaria 10,5%, en UCI 7,9% y estancia hospitalaria  $23,7 \pm 26$  días. La mortalidad hospitalaria es mayor cuanto mayor APACHEII (OR 1,73(1,33-2,24)), SAPSII (OR 1,21(1,11-1,32)), creatinina  $> 2$  (OR 3,54 (1,89-6,61)), dosis de dopamina (OR 2,14 (1,40-3,28)) y noradrenalina (OR 1,04 (1,02-1,06)) (t de student  $p < 0,05$ ). Así mismo hubo mayor mortalidad en mujeres, diabetes, cuando existían ITUS de repetición, manipulación urinaria, necesidad de nefrostomía, ventilación mecánica y mayor SOFA (t de student  $p > 0,05$ ). No se relaciona con la mortalidad: la coagulopatía, trombopenia, litiasis, fiebre, inmunosupresión y UPO.

**Conclusión:** La sepsis urinaria presenta una morbimortalidad baja. La mortalidad es mayor en pacientes con mayores índices en las escalas de gravedad, con shock hemodinámico e insuficiencia renal.

P003

### INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CASTILLA Y LEÓN

P. Cañizares Ortiz, M. Rey, M. Taberna, N. Albalá y A. Gabán Díez  
M. Intensiva. Hospital General de Segovia, Segovia.

**Introducción y objetivos:** La ITU es la segunda infección nosocomial más frecuente en UCI, tras la neumonía asociada a ventilación mecánica. Está en íntima relación con el sondaje uretral (ITU-SU) y tiempo de mantenimiento de éste. Las únicas medidas preventivas eficaces son el mantenimiento del sistema cerrado y la aplicación de protocolos para su colocación y mantenimiento. Comparamos retrospectivamente la incidencia de ITU-SU en UCIs de Castilla y León (CYL) con respecto al resto del territorio nacional.

**Material y métodos:** Datos obtenidos del ENVIN 2002 de 6 UCIs de hospitales de CYL. Se comparan con datos del ENVIN nacional 2000 y 2001 en cuanto a Densidad de Incidencia ( $n^\circ$  de ITU/ 1.000 días de estancia o exposición a SU).

**Resultados:** En ENVIN CYL se registraron un total de 5.251 días de estancia y 4.269 días de SU, con un Ratio de utilización de SU (RU) de 0,81. En ENVIN 2000 y 2001 el RU fue de 0,74 y 0,75 respectivamente. El  $n^\circ$  total de ITU-SU fue de 38/164/155 para ENVIN CYL/ENVIN 2000/ENVIN 2001 respectivamente, lo que suponen el 23,2%/21,9%/22,3% respectivamente, del total de las infecciones nosocomiales. El  $n^\circ$  de ITU-SU/1000 días de estancia fue de 7,2/4,1/4,1 respectivamente; y el  $n^\circ$  de ITU-SU/1000 días de SU fue de 8,9/5,5/5,4, respectivamente. La etiología fue similar, destacando sobre otros gérmenes, *E. coli*, *C. albicans* y *P. aeruginosa* con un 18,4% cada una.

**Conclusiones:** La ITU-SU es la segunda infección nosocomial más frecuente en las UCIs de CYL. Se presenta con mayor incidencia que a escala nacional, probablemente debido al mayor RU de SU y el incumplimiento de las medidas preventivas. La etiología es similar.

P002

### PERITONITIS AGUDA DIFUSA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTENSIVA

B. Obón Azuara, R. Bustamante Rodríguez, J. González Cortijo, B. Villanueva Anadón, C. López Nuñez y J. Munárriz Hinojosa  
S. M. Intensiva. H. Clínico Universitario, Zaragoza.

**Objetivos:** Peritonitis aguda difusa (PAD) en UCI: análisis, mortalidad y factores asociados.

**Material y métodos:** Pacientes con PAD en UCI Quirúrgica 3º nivel de 17 camas durante 1 año. Variables: epidemiológicas, antecedentes (a.), etiología, complicaciones y reintervención. Test: Chi cuadrado y t Student. Intervalo confianza 95%;  $p < 0,05$ .

**Resultados:** 46 pacientes ingresados, medias de 68,4 años y 6,58 días. 54,2% cuenta con a. médicos previos, y 20% con a. quirúrgicos. Diferencias ( $p < 0,05$ ): A) El 71,3% fallecen, presentando mayor media de edad (72,96) y más porcentaje de pacientes con a. médicos (42,4%) que los no fallecidos. B) El 39% son reintervenidos por dehiscencia de sutura (55%), en 5,9 días, falleciendo el 61%; con media de edad 62,3 años y 10,3 días de estancia. C) Complicaciones: más frecuente shock séptico (71,7%) con mortalidad del 96,9%. Pacientes con otras complicaciones, sobreviven en el 100%, son más jóvenes (53,8 años), permanecen menos tiempo ingresados (4,3 días), reintervenidos en 2 días.

**Conclusiones:** Elevado porcentaje de pacientes con comorbilidad previa a PAD. La PAD provoca gran mortalidad; factores implicados: edad, demora en reintervención quirúrgica, shock séptico.

P004

### COMPLICACIONES INFECCIOSAS LOCALES EN LAS PANCREATITIS AGUDAS SEVERAS.

F. Zubia, F. Alberdi, K. Reviejo, I. Sanmartín, R. Sebastian y S. Trabanco  
CMI. Hospital Donostia/Osakidetza, San Sebastián.

**Objetivo:** Descripción y medición de la incidencia de las complicaciones infecciosas locales en las pancreatitis ingresadas en UCI y su repercusión sobre la mortalidad.

**Métodos:** **Muestra:** todas las pancreatitis ingresadas consecutivamente entre 1/3/2001 y 31/12/2002. **Diseño:** estudio observacional prospectivo. **Variables:** incidencia, índices de gravedad, tipos, día de diagnóstico, tto imipenem, sensibilidad imipenem, técnicas diagnósticas, microorganismos aislados, cirugía, mortalidad. **Análisis:** descriptivo (media, Ds, Md), comparativo:  $\chi^2$ , t de Student, U- Mann-Whitney, SPSS 10.

**Resultados:** Muestra: 25 pacientes. Mortalidad global: 7 (28%). Hacen complicaciones infecciosas locales: 8 (32%). Todos tratados con imipenem. Tipo: necrosis infectadas: 2; abscesos: 6. Índices de gravedad: Balthazar: C: 1; D: 1, E: 6. Apache II: 13,8 Sd: 5,4 PCR: 269,2 Sd: 115,4. Operados: 6 (75%), 2 no intervenidos por comorbilidad importante. Fallecen 3 pacientes (37,5%) de los 8 con complicaciones infecciosas, lo que representa el 42% de la mortalidad global de la serie.

Microorganismos aislados, sensibilidad y obtención de muestra

Tipo	DIA DIA GN	Microorg	Sens. a imipen	Método obtención muestra		Punción externa
				Punción TAC	Cirugía	
1 Necrosis infectada	13	<i>S. Maltophilia</i> + <i>C. Albicans</i>	No	✓	✓	
2 Absceso	37	Kleb + <i>C. Alb.</i> + Bacter	Sí/No		No operado	✓
3 Absceso	48	<i>Enterococcus</i> <i>faecalis</i>	No		✓	
4 Absceso	28	<i>E. Coli</i>	Sí	✓	✓	
5 Absceso	40	<i>Enterobacter</i> Spp	No	✓	✓	
6 Necrosis infectada	19	<i>Enterococcus</i> <i>faecalis</i>	No	✓	✓	
7 Absceso	36	<i>S. Epidermidis</i>	No	✓	No operado	
8 Absceso	29	<i>S. Epidermidis</i>	No	✓	✓	

**Conclusiones:** La incidencia de complicaciones infecciosas locales es alta (32%). Su aparición es tardía. La gran mayoría de los microorganismos aislados fueron resistentes al imipenem. Hay una concordancia significativa entre los cultivos obtenidos por punción TAC y los obtenidos en la cirugía. Las complicaciones infecciosas locales son la causa del 42,86% de la mortalidad global por pancreatitis aguda.

## P005

**INFECCIÓN DE CATÉTER EN CASTILLA-LEÓN: INCIDENCIA Y VIGILANCIA**

M. Gascón Castillo, M. López Pueyo, J. Ballesteros, N. Hidalgo de Andrés, C. Hernández de Diego y P. Cañizares  
*Medicina Intensiva. General Yagüe, Burgos. Medicina Intensiva. H. Clínico, Salamanca. Medicina Intensiva. H. Clínico, Valladolid. Medicina Intensiva. H. General, Soria. Medicina Intensiva. H. General, Segovia.*

**Objetivo:** Valorar la incidencia de bacteriemias relacionadas con catéter en las UCIs de Castilla-León, recogiendo los datos obtenidos a través del ENVIN-UCI simplificado.

**Material y métodos:** Estudio observacional y prospectivo sobre bacteriemias objetivadas en los siguientes hospitales: General Yagüe de Burgos, Virgen Blanca de León, General de Soria, General del Río Carrión de Palencia, General de Segovia, Clínico de Salamanca y Clínico de Valladolid. El período estudiado comprende desde el uno de julio al 30 de septiembre del 2002.

**Resultados:** Se recogen un total de 6.144 pacientes/día ingresado, recogiendo 34 bacteriemias primarias y relacionadas con catéter (BP-BRC). Las tasas recogidas son: número de BP-BRC/total de estancias x 1000 (BP-BRCE), número de BP-BRC/total de pacientes con catéter día (incluidos los arteriales) x 1.000 (BP-BRCCA), número de BP-BRC/total días de catéter venoso central x 1.000 (BP-BRCCVC) y el RATIO de utilización (días de catéter/total de estancias).

**Conclusiones:** La tasa de BP-BRC por 1000 pacientes día de catéter (incluidos los arteriales) en Castilla-León es comparable a los datos nacionales ENVIN-UCI (4,01). Nos encontramos en uso de catéteres e infecciones en el P50-75 en relación a los datos del ENVIN-UCI 2000. Existe una dispersión en las incidencias, probablemente por la distinta interpretación de la definición de bacteriemia.

## P007

**MENINGOENCEFALITIS AGUDA GRAVE EN CUIDADOS INTENSIVOS**

O. Lozano Sanz, J. Martínez Segura, J. Escuchuri Aisa, L. Macaya Redin, J. Ramos Castro y I. Jiménez Urrea  
*UMI. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

**Objetivo:** Evaluar las características clínicas, analíticas y terapéuticas de los pacientes con meningoencefalitis ingresados en nuestra UMI

**Método:** Estudio retrospectivo desde el 1/01/2000 hasta el 31/12/2002. Se analizó edad, sexo, etiología, situación neurológica, LCR, microbiología, tratamiento y secuelas.

**Resultados:** fueron estudiados 17 pacientes, 10 hombres (58%) y 7 mujeres (41%) con una edad media de 31,7 años (Rango 0,8-67). El germen responsable fue la N. meningitidis en 5 pacientes (29,5%) (Rango edad: 0,8-13 años) en los que el cultivo de LCR fue positivo en 3 (60%), 5 pacientes (29,5%) por neumococo (22-63 años) con cultivo en LCR en 100% ,3 pacientes (17,7%) herpes-virus (29-55 años), 2 pacientes (11,7%) virus no identificados (13-67 años). Todos debutaron con clínica neurológica. Se encontraron signos de sepsis severa en 7 pacientes (41%). Aspecto claro de LCR en 8 pacientes (47%) presentando 2 de ellos (25%) celularidad y bioquímica compatibles con meningitis aguda bacteriana. En 9 (53%) el LCR fue turbio y patológico. Se trataron con cefotaxima 11 pacientes (64,7%) y aciclovir en 4 (23,50%). Se precisó IOT y VM en 11 (64: 7%). Dos pacientes evolucionaron a shock séptico refractario y exitus (neumococo). 9 pacientes (53%) desarrollaron secuelas neurológicas leves.

**Conclusiones:** La N meningitidis es la mas frecuente en niños. El neumococo es mas frecuente en adultos y presenta mayor gravedad. La encefalitis por herpes simple presenta mas secuelas, pero más leves que las bacterianas.

## P006

**SEPSIS MENINGOCÓCICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INGRESADOS EN UMI**

O. Lozano Sanz, J. Martínez Segura, J. Escuchuri Aisa, I. Susperregui Insausti, E. Maravi Poma y A. Gutiérrez Oliver  
*UMI. Hospital Virgen del Camino, Pamplona.*

**Objetivo:** Conocer las características clínicas, analíticas, microbiológicas y evolutivas de los pacientes pediátricos ingresados en UMI por sepsis meningocócica.

**Método:** Análisis retrospectivo desde 1/01/2000 hasta el 31/12/2002 recogiendo los casos de sepsis meningocócica. Analizamos la edad, sexo, días de ingreso, características del l.c.r, microorganismo responsable, sintomatología, tratamiento recibido y evolución.

**Resultados:** En el periodo estudiado encontramos 7 casos (6 niñas (85%) y 1 niño (15%)). La edad media fue de 9,7 años (rango: 0,8-19). La estancia media fue de 4,5 días (rango: 1-9). El aspecto macroscópico del l.c.r fue claro en 5 casos (71%) y turbio en 2 casos (29%). La bioquímica del l.c.r fue patológica (glucosa baja y proteínas altas) en 2 casos (29%). Se encontró leucorraquia en 5 casos (71%). En todos se aisló germen responsable siendo el serotipo B en 3 casos (43%) y el serotipo C en 4 casos (57%). 2 casos precisaron IOT y conexión a ventilación mecánica. La clínica al ingreso fue neurológica en 3 casos (42%), hemodinámica en 2 casos (29%) y gastrointestinal en 2 casos (29%). Todos los pacientes presentaron al ingreso lesiones cutáneas de tipo petequiales-equimóticas. Todos recibieron precozmente tratamiento con cefotaxima. Un paciente presentó C.I.D. con evolución a SDMO y exitus, siendo el responsable el serotipo B.

**Conclusiones:** En nuestra serie el serotipo C es el más frecuente. La sintomatología clínica es muy variable. El pronóstico es favorable con tratamiento antibiótico precoz. El Serotipo B produjo mayor morbi-mortalidad.

## P008

**SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL Y PANCREATITIS: CONSECUENCIAS CLÍNICAS, TERAPÉUTICAS Y PRONÓSTICO**

P. Marcos Neira, J. Gener, E. Mesalles, L. Bordejé y M. Misis  
*UCI. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.*

**Objetivo:** Estudiar en las pancreatitis agudas graves las consecuencias clínicas, terapéuticas y valor pronóstico del síndrome compartimental abdominal (SCA) según la gravedad del mismo.

**Métodos:** Se estudian retrospectivamente 31 pacientes afectos de pancreatitis aguda grave (clínica y radiológicamente). Se mide la presión intraabdominal (PIA) intravesical. Se analizan evolución clínica, actitud terapéutica y mortalidad según la gravedad del SCA: Grado I = PIA < 12 mmHg, Grado II = PIA 12-18, Grado III = 19-26, Grado IV = PIA > 26.

**Resultados:** Etiología pancreatitis graves: litiasica (51,6%), enólica (32,2%), idiopática (13%), otras (3,2%). Grado necrosis por TC: sin necrosis (26%), necrosis 33,3% (39%), necrosis 50% (16%), necrosis > 50% (16%), desconocida (3%). Edad media 50 ± 17,7 años y 67,4% varones. PIA I (n = 2): APACHE II 4,5. Ninguno presentó síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), síndrome de distrés respiratorio (SDRA), insuficiencia renal aguda (IRA) ni shock hemodinámico. Ninguno requirió TC abdominal control ni cirugía. Ninguno falleció. PIA II (n = 10): APACHE II 6,3. Presentaron SIRS 3 pacientes, SDRA 4, IRA 3, Shock 3, TC control 4. Ninguno se operó ni falleció. PIA III (n = 16): APACHE II 9,2. Presentaron SIRS 12 pacientes, SDRA 8, IRA 8, Shock 9. TC control 11. Se operaron 4. Fallecieron 3. PIA IV (n = 3): APACHE II 11,3. Presentaron SIRS 3, SDRA 3, IRA 2, Shock 3. TC control 2. Uno se operó. Uno falleció. Se correlacionó el aumento de PIA con la disminución de la presión de perfusión renal (PPR) (p < 0,001) y con el aumento de la creatinina plasmática (creat. pl.) (p < 0,0025). La única laparostomía abierta se practicó en un enfermo con PIA IV. Otro paciente con PIA IV sin criterios quirúrgicos, se trató médicamente para mantener una PPR > 60 mmHg: aumentando la tensión arterial media con aminas y disminuyendo el tercer espacio con balance negativo. Sobrevivió y no presentó fallo renal

**Conclusiones:** El incremento de la PIA causa una disminución significativa de la PPR y un aumento significativo de la creat. pl. que son tratables médicamente. Los pacientes con PIA III y IV presentan más SIRS, SDRA, IRA y shock; requieren más exploraciones complementarias, más cirugía y presentan mayor mortalidad.

## P009

## ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR PANCREATITIS EN CUIDADOS INTENSIVOS

F. Zubia, F. Alberdi, K. Reviejo, R. Sebastian, S. Trabanco y I. Sanmartin  
CMI. Hospital Donostia/Osakidetza, San Sebastián.

**Objetivo:** Descripción epidemiológica y analítica de la mortalidad por pancreatitis severa en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Donostia.

**Métodos:** *Muestra:* todas las pancreatitis ingresadas consecutivamente en UCI. *Diseño:* estudio observacional prospectivo. *Periodo:* 1/4/2001 a 31/12/2002. *Variables:* demográficas, índices de gravedad, cirugía, días de estancia, mortalidad. *Análisis:* descriptivo (media, Ds, Md), comparativo: Chi 2, t de Student, U- Mann-Whitney. SPSS 10.

**Resultados:** N°: 25 (14,4% de las 173 pancreatitis ingresadas en nuestro hospital en este período). Varones: 72%. Edad: 61 (Sd: 14,6) (36-82) años. Apache II: 13,3 (Sd: 7). PCR: 252 (Sd: 92). Balthazar: grado D: 31%, grado E: 58%. Operados: 8 (32%). Estancia media: 15,1; Md: 14 días. Mortalidad: 7 (28%). Apache II Vivos: 10,1 (Sd: 5,4); Muertos: 17,9 (Sd: 6,4) p < ,01. PCR Vivos: 280 (Sd: 82); Muertos: 234 (Sd: 100); NS.

Mortalidad: días de estancia y etiología del fallecimiento

Caso	PreUCI	Días UCI	Total	Causa
1	2	3	5	SIRS
2	3	3	6	SIRS
3	1	14	15	SIRS
4	2	17	19	Colección local infectada
5	7	34	41	Colección local infectada
6	1	41	42	Hemorragia intraabdominal
7	0	43	43	Colección local infectada

**Conclusiones:** La pancreatitis aguda grave presenta una mortalidad elevada. La causa principal de muerte en los 15 primeros días es el SIRS, siendo después de los 15 días las complicaciones locales. Nuestro mejor marcador de gravedad para predecir la mortalidad es el Apache II.

## P011

## MENINGITIS EN MEDICINA INTENSIVA EN UN HOSPITAL TERCARIO

A. Socías Mir, M. Palomar Martínez, R. Anglés Coll, R. Alcaraz Peñarocha, E. Sulleiro y E. García Mañosa  
Medicina Intensiva. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos:** Estudiar las características de las meningitis que requieren ingreso en UCI y los factores asociados a mortalidad.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de jul/97 a jul/02. Se han documentado factores de riesgo (FR), clínica, etiología, tratamiento y evolución. T. estadísticos: t de Student, T Fisher, T Pearson, análisis de regresión logística.

**Resultados:** Pacientes 71 (33H, 38M), edad media 49a (15-83). FR: diabetes mellitus (DM) 14%, neoplasia 11%, otitis de repetición 11%, HIV + 7%, fístula LCR 5,6%, anestesia peridural en días previos 4%. El intervalo medio de inicio clínica-consulta fue de 33h (2-288). Etiología: *S. pneumoniae* 28%, *N. meningitidis* 21%, otros (*S. aureus*, *Streptococcus spp.*, *Listeria monocytogenes*, *C. neoformans*, *M. tuberculosis*) 15%, no filiadas 36%. El tto inicial fue cefotaxima (82,6%), asociada a ampicilina (26,7%), y/o vancomicina (32%). Más del 50% recibieron corticoides en las fases iniciales. Requhirieron drogas vasoactivas (DVA) 21%, ventilación mecánica (VM) 36,6%. Estancia media UCI 10,31d (1-128d). Mortalidad en UCI 18,3%, secuelas al alta de UCI 20,7%. Mortalidad/etiología: *S. pneumoniae* 27%, *N. meningitidis* 14%, otros 20%, no filiadas 11%. Los factores asociados a mayor mortalidad fueron Glasgow al ingreso, APACHE II al ingreso, 24 y 48h, insuficiencia renal, DVA, VM, neumonía o broncoaspiración, *S. pneumoniae*, HIV +. Regresión logística OR: DVA 17,03, APACHE II 1,22, TTPA 27,83. No se hallaron diferencias en cuanto al tipo de tratamiento antibiótico.

**Conclusiones:** Mortalidad elevada, probablemente por selección de pacientes. Los factores independientes de mortalidad fueron APACHE II, DVA y coagulopatía.

## P010

## MORBIMORTALIDAD EN MENINGITIS BACTERIANA AGUDA

E. Domínguez Pardo, B. Bueno García, J. Gómez García, A. de Pablo Hermida, J. Sotillo Díaz y J. Peral Gutiérrez de Ceballos  
Cuidados Intensivos. Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivo:** Análisis de morbilidad de los ingresos en UCI con meningitis bacteriana aguda (MBA).

**Método:** Estudio de seguimiento a todos los pacientes ingresados por MBA en el periodo de un año.

**Resultados:** 24 pacientes; edad: 43,54 ± 20,99; 54% varones; APACHE: 15,42 ± 9,61; SAPS: 38,46 ± 18,97; GCS ingreso: 10,79 ± 4,34; GCS alta: 14,32 ± 1,42; GOS final seguimiento: 2,91 ± 1,74. Días UCI: 3,5 (1-31); días VM: 0,5 (0-30); mortalidad UCI: 25%. Factores predisponentes: ORL: 16,7%; inmunosupresión: 16,7%; neurocirugía: 4,2%; TCE: 4,2%. Etiología: 33% meningococo, 21% neumococo, 4,2% *S. aureus*, 4,2% listeria, 4,2% *S. agalactiae*, 33% no filiado. Microbiología: 45,8% bacteriémicas, 50% aislamiento en LCR, 29% test de aglutinación positivo. Parámetros LCR: gluc: 14 (0-83), prot: 246 (28-1500), leuc: 820 (60-19.200). Complicaciones: 8,3% S. séptico, 8,3% FMO, 4,2% NAVM, 4,2% HTIC. Evolución: 66,7% buena recuperación funcional, 29,2% incapacidad severa, EVP, muerte. Los casos de mayor morbilidad tienen APACHE y SAPS más altos, GCS más bajo y menor respuesta inflamatoria en LCR (t de student, p < 0,05). Las MBA por meningococo, con bacteriemia, s. séptico, VM, FMO, se asocian a mayor morbilidad (Chi cuadrado, p < 0,05). El uso de esteroides disminuye la morbilidad (Chi cuadrado, p = NS).

**Conclusión:** La MBA se asocia a una morbilidad apreciable. Aquellos pacientes que cursan con bacteriemia, shock séptico, FMO, menor respuesta inflamatoria en LCR se asocian a peor pronóstico. El tratamiento esteroideo parece disminuir la morbilidad.

## P012

## SEPSIS Y LEUCOPENIA. ANÁLISIS DE MORTALIDAD

J. Sotillo Díaz, E. Bermejo López, I. Cremades Navalón, J. Gómez García y A. de Pablo Hermida  
Medicina Intensiva. Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivo:** Describir la evolución de los pacientes leucopénicos que ingresan en UCI con cuadro séptico.

**Método:** Análisis retrospectivo de todos los enfermos leucopénicos que ingresaron en UCI entre ene/dic-2002.

**Resultados:** 14 pacientes. Varones: 71,4%. Edad: 59,1 + 14,5. Escalas de gravedad: APACHE: 23,8 + 7,1, SAPS: 55,7 + 19,1, SOFA 9,07 + 4,05, Marshall 8,64 + 3,63. Patología de base neoplásica: 78,6% (linfoma 28,6%, leucemia 28,6%, tumor sólido 21,4%), resto aplasia medular y agranulocitosis tóxica. El 100% estaban leucopénicos, el 78% presentaban neutropenia (cifra media: 713,5 + 90,3, con neutropenia severa el 85%) y el 78% pancitopenia. Clínica: Presentaron sepsis sin foco el 28,6% (foco más frecuente fue neumonía), shock séptico el 78,6%. Aislamiento microbiológico en 50% Gram negativos 4 pac, gram + 3 pac. Requirió ventilación mecánica 57,1%. Mortalidad: 57,1%. Los fallecidos presentan mayor gravedad (por SAPS, APACHE, SOFA y Marshall) y menor cifra de neutrofilos que los vivos (t de student, p .001). El desarrollo de shock y la necesidad de VM se asocia a una altísima mortalidad (Chi<sup>2</sup>, p.00).

**Conclusiones:** Los pacientes con leucopenia y sepsis presentan una elevada mortalidad, especialmente los que desarrollan shock, requieren VM o tienen neutropenia severa.

## P013

**PANCREATITIS AGUDA GRAVE, SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL Y LAVADO PERITONEAL DESCOMPRESIVO**

E. Maraví-Poma, J. Martínez, I. Jiménez, I. Susperregui, J. Escuchuri y A. Manrique  
*UCI. Virgen del Camino. Pamplona.*

**Objetivo:** PAG y el Lavado Peritoneal descompresivo (LP) como tratamiento de la Hipertensión Intraabdominal (HIA) y preventivo del Síndrome Compartimental (SCA).

**Métodos:** La medición de la presión intrabdominal (PIA) se realiza vía intravesical o en peritoneo. El LP según Med Intensiva 1986. Estudio preliminar de 26 PAG durante el 2000-02. Analizan entre otras, la monitorización de la PIA (*Grado I-Normal:* 10-15 mmHg; *II-HIA mínima:* 16-25; *III-HIA moderada:* 26-35 y *IV-HIA Grave = SCA:* > 35 mmHg), desarrollo de SCA, descompresión con LP, quirúrgico y mortalidad.

**Resultados:** APACHE II 16,1 de media e Índice con TAC-Dinámica 6,1 puntos. Las colecciones líquidas, constatadas por Eco y TAC estaban presentes en todos los casos, pero no cuantificaban la cantidad. Los casos se distribuían en Grado I: 11, II: 8, III: 2, y Grado IV: 5 PAG. La HIA presente en 57,7% y el 23% de los 11 desarrollaron SCA (Todos, menos uno de los pacientes con grado IV desarrollaron SCA, y uno del Grado II). La mortalidad global fue 18% y en el SCA del 40%. El LP-descompresivo se instaura nada más identificarse el Grado IV (HIA Grave) y a todos los pacientes con SCA, con un descenso rápido y progresivo de la PIA, menos en uno, evacuándose una media de 2.915 ml de líquido peritoneal a lo largo de 8,6 días que dura como media los LP. Solo un caso con PIA de 61 mmHg fue sometido a cirugía y posteriormente fallece por infección pancreática secundaria.

**Conclusión:** El LP es efectivo en la HIA y como preventivo del SCA en pacientes con PAG en UCI.

## P015

**DESENLAJE CRÍTICO DE PANCREATITIS AGUDA GRAVE CON DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA**

R. Sierra Camerino, R. Díaz Sese, E. Benítez Rodríguez, A. Guerrero Altamirano, O. Lozano Cintando, I. Valiente Alemán y S. Pedraza López

*UCI. H. Universitario Puerta del Mar Cádiz, Cádiz. UCI. Hupm. Cádiz, Cádiz. Preventiva. Hupm. Cádiz.*

**Objetivos:** Analizar el desenlace evolutivo en una UCI de un grupo de pacientes con un síndrome de disfunción multiorgánica (SDMO) asociado o no a una pancreatitis aguda grave (PAG).

**Métodos:** *Diseño:* Estudio transversal y retrospectivo. *Pacientes:* dos grupos contemporáneos de casos con SDMO (SOFA = 3): 1) con PAG (APACHE-II = 9); 2) controles sin PAG. *Ámbito:* UCI polivalente. *Variables:* APACHE-II del día 1º, grado de disfunción orgánica -SOFA- en días 1º y 3º, y desenlace crítico. *Protocolo:* se compararon los datos de ambos grupos de casos, con un análisis univariante de regresión logística con el desenlace en la UCI como variable dependiente.

**Resultados:** Se estudiaron 36 pacientes con SDMO divididos en 2 grupos: 18 con PAG (P) y 18 sin PAG (C). Hombres y mujeres había 10 y 8 en el grupo P; 13 y 5 en el C. La edad [60,3 (32-77) en P y 46,2 (19-72) años en C], APACHE-II [21,9 (16,4-27,3) en P y 19 (15,9-22,1)], y SOFA inicial [6,6 (4,6-8,6) en P y 6,2 (5,7-6,8) en C], eran parecidos en ambos grupos ( $p > 0,05$ ). Fallecieron en la UCI 11 pacientes del grupo P y 7 del C (61% vs 39%;  $p > 0,05$ ). En los no supervivientes, el APACHE-II del grupo P fue superior [27,2 (20,1-34,3);  $p < 0,01$ ] y no así en los del C [20,1 (15,7-24,6);  $p > 0,5$ ]. El SOFA inicial en los fallecidos del grupo P fue 7,1 (4,2-9,9) y 7 (6,5-7,5) en los del C. En los que murieron en el grupo P, la DSOFA 48 h fue mayor [4,6 (2,4-6,7);  $p < 0,0001$ ], no así en los fallecidos del C [0,1 (-1,5-1,8);  $p > 0,5$ ]. Sólo el APACHE-II en las PAG fue predictor de mortalidad [OR: 1,27 (1-1,6);  $p < 0,05$ ].

**Conclusiones:** En nuestra casuística la evolución grave de un SDMO asociado a PAG parece ser más predecible que la de los relacionados con otras causas aunque el desenlace crítico tiende a ser similar en todos.

## P014

**PANCREATITIS NECROTIZANTE AGUDA GRAVE. EVOLUCIÓN Y MORTALIDAD**

G. Andrade Vivero, J. Sotillo Díaz, I. Cremades Navalón, M. Villanova Martínez, B. Bueno García y E. Domínguez Pardo  
*Medicina Intensiva. Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivo:** Definir los factores que intervienen en la mortalidad hospitalaria de la pancreatitis aguda grave.

**Método:** Estudio descriptivo de todos los pacientes ingresados en UCI con Pancreatitis aguda grave entre feb/98 y nov/02.

**Resultados:** 23 pacientes (14 varones). Edad:  $61 \pm 13,12$ . Estancia hospitalaria:  $43,78 \pm 44,12$ ,  $19 \pm 17,81$  en UCI. Etiología: alcohólica 30%, idiopática 26%, biliar 26%. CPRE en 13%. ATB empírica: 100%, imipenem 91%. NPT en 85%. 52% requirieron cirugía, la técnica más empleada necrosectomía, lavados y revisiones. Mortalidad en el hospital: 61%: 93% por SDMO. Escalas de gravedad: Ramson  $4,96 \pm 1,49$ , Imrie  $4,78 \pm 1,31$ , índice de severidad radiológica:  $6,57 \pm 2,06$ . APACHE:  $21,57 \pm 7,88$ , SOFA  $8,19 \pm 3,56$ , Marshall  $6,19 \pm 2,71$ . Aquellos pacientes que fallecen presentan una mayor APACHE II, SAPS, SOFA y Marshall que los vivos (t de student,  $p < .001$ ). No encontramos relación entre la mortalidad y la puntuación obtenida según las escalas Ramson, Imrie y el índice de severidad radiológica. Son predictores independientes de muerte: SAPS (OR 1,2, IC 1,08-1,30), SOFA (OR 2,14, IC 1,57-2,91). Aquellos que desarrollan SDMO tienen mayor mortalidad ( $\text{Chi}^2$ ,  $p .000$ ).

**Conclusiones:** La pancreatitis necrotizante presenta una elevada mortalidad. Son mejores predictores de muerte las escalas de gravedad generales que los índices específicos de severidad en pancreatitis.

## P016

**CARACTERÍSTICAS DE UNA SERIE DE CASOS DE PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN UNA U.C.I.**

R. Sierra Camerino, R. Díaz Sese, A. Guerrero Altamirano, O. Lozano Cintando, I. Valiente Alemán y S. Pedraza López  
*UCI. H Universitario Puerta del Mar Cádiz, Cádiz.*

**Objetivos:** Describir las características de una serie de pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda grave (PAG) que necesitaron ser atendidos en una UCI.

**Métodos:** *Diseño:* Estudio de observación, descriptivo y retrospectivo. *Pacientes:* serie de casos de PAG (APACHE-II = 9). *Ámbito:* UCI polivalente. *Período:* años 1998-2002. *Variables:* edad, sexo, etiología, tiempo evolutivo, respuesta inflamatoria (SRIS), gravedad, (necrosis, APACHE-II del día 1º, disfunción orgánica -SOFA-, desenlace crítico), antibioterapia y cirugía. Datos en valores medios (SD o intervalo) o en %.

**Resultados:** En ese período ingresaron en la UCI 20 pacientes con PAG, 11 hombres y 9 mujeres con 58,1 (21-77) años de edad y APACHE-II: 20,8 (10,9). Un 50% era de origen biliar, 30% etílicas y 20% idiopáticas. Los tiempos de demora de ingreso y de estancia en la UCI fueron de 4,8 (1-25) y 8,45 (1-29) días. Todos tenían un SRIS al ingreso (4 signos [s]: 30%, 3 s: 55% y 2 s: 15%). La concentración inicial de la proteína C-reactiva fue de 16,7 (13,5) mg/dL. Trece (65%) [69% mujeres] tenían imágenes de necrosis pancreática (PAN) con un 80% de origen biliar. Once (55%) en total fallecieron en la UCI (10 tenían PAN). El SOFA inicial y el DSOFA 48 h globales fueron 6,1 (4,1) y -1,35 (4,6). El APACHE-II y el DSOFA 48 h eran superiores en los que murieron [27,2 (10,5) y 4,55 (3,2); ambos  $p < 0,0001$ ]. Un 80% de la serie (y los 13 casos con PAN) recibieron antibioterapia desde el principio (88% imipenem y 12% piperacilina/tazobactam). Sólo un caso con PAN- fue operado.

**Conclusiones:** En nuestra casuística el diagnóstico de PAG conlleva una elevada mortalidad con ya bastante respuesta inflamatoria y gravedad al, retardado, ingreso en la UCI.

## P017

**ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA INICIAL EN LAS MENINGITIS BACTERIANA AGUDA DE LA COMUNIDAD EN EL ADULTO**

R. Amaya Villar, J. Flores Cordero, C. Pérez de la torre, M. Rincón Ferrari, J. Sánchez Olmedo y F. Murillo Cabezas

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

**Objetivo:** Estudiar las pautas, posología y tiempo de inicio de la antibioterapia empírica inicial en las meningitis bacterianas aguda (MBA) de la comunidad en el adulto, analizando las sensibilidades del antibiograma y la mortalidad relacionada con el episodio de meningitis.

**Métodos:** Estudio observacional, prospectivo durante 3 años (2000-2002) de 25 episodios de meningitis bacteriana aguda de la comunidad ingresados en UCI, en pacientes mayores de 14 años de edad. Se ha recogido la edad de los pacientes y las fechas y horas del ingreso en urgencias, de la realización de la punción lumbar y del inicio de la antibioterapia empírica prescrita. Se recoge la pauta y posología de dicha antibioterapia y la sensibilidad de los aislamientos microbiológicos según el antibiograma. Se analiza la mortalidad relacionada con el episodio de meningitis con algunas variables recogidas, mediante la prueba exacta de Fisher.

**Resultados:** La edad media fue de 50,6 (19,6) años, y del inicio de la antibioterapia desde el ingreso en urgencias de 4,5 (2,3) horas. Todos los casos fueron tratados con cefalosporinas de 3ª generación, siendo cefotaxima la más frecuentemente indicada (72%, 18/25). La asociación con vancomicina fue la pauta prescrita más frecuente (64%, 16/25), mientras que monoterapia se indicó en 6 casos (24%), y triple antibioterapia en los 3 restantes (12%). La posología indicada fue muy diversa, siendo la más frecuente la asociación de cefotaxima 2 gr IV/4h + vancomicina 1 gr IV/12 h en 7 casos (28%). Todos los aislamientos fueron sensibles a cefotaxima con CMI < 0,016ug/ml, exceptuando dos casos que presentaron criterios de resistencia intermedia a cefotaxima con CMI de 1 ug/ml. La mortalidad relacionada fue del 12% (3 casos), encontrándose asociada a una edad > 60 años (p = 0,22) y a un tiempo de inicio de la antibioterapia > 5 horas tras el ingreso (p = 0,09).

**Conclusiones:** Nuestros resultados muestran la existencia de una variabilidad clínica en la pauta y, principalmente, en la posología de la antibiótica empírica inicial en las meningitis bacterianas agudas del adulto, y que la mortalidad se encuentra asociada a mayor edad y a mayor demora en el inicio del tratamiento, a pesar de aislamientos sensibles a la antibioterapia prescrita.

## P018

**PANCREATITIS AGUDA GRAVE. ESTUDIO DE FACTORES PRONÓSTICOS**

M. Bautista Rodríguez, M. Chiroso Ríos, F. Bravo Rodríguez, F. Moran Moliz, J. Serrano Simón y H. Sancho Ruiz

*Medicina Intensiva. Hospital Universitario "Reina Sofía", Córdoba.  
Radiodiagnóstico. Hospital Universitario "Reina Sofía", Córdoba.*

**Objetivo:** Estudiar los casos de pancreatitis ingresados en los últimos tres años en nuestra unidad y evaluar los posibles factores pronósticos.

**Métodos:** Estudio retrospectivo-prospectivo de las pancreatitis agudas graves ingresadas en la unidad de cuidados intensivos desde enero de 2000 hasta diciembre del 2002. Se recogen características epidemiológicas, etiología, tiempo de evolución, procedencia, motivo de ingreso, criterios de Ranson, criterios de Glasgow, Apache II, valoración de la disfunción multiorgánica, hallazgos en la tomografía computarizada (TC) según Balthazar, tratamiento y evolución.

**Resultados:** Se obtienen 41 casos, 22 hombres y 19 mujeres, con una edad media de 58 años (18-82). El 54% de las pancreatitis se debieron a litiasis biliar y el 15% tras colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). El 56% ingresaron desde la planta de hospitalización de la Unidad de Digestivo. Los pacientes presentaron un Ranson medio de 4 ( $\pm$  2), Glasgow de 4 ( $\pm$  2) y un APACHE de 14 ( $\pm$  6). La gradación media según Balthazar fue de 5 ( $\pm$  2,4). La estancia media en la unidad fue de 13 Días (1-62). El 80% de los pacientes precisó soporte ventilatorio. Desarrollaron fracaso renal agudo el 58% y sufrieron un cuadro de sobreinfección el 46%. El 78% de los pacientes fue intervenido quirúrgicamente, el 20% en las primeras 24 horas. La mortalidad observada fue del 61%. De las escalas Ranson, Glasgow y APACHE, sólo ésta última se asoció a una mayor mortalidad de manera estadísticamente significativa (p < 0,05).

**Conclusiones:** La pancreatitis aguda grave en nuestro medio presenta una elevada mortalidad. En nuestro caso, los sistemas de valoración pronóstica clínicos y radiológicos no se relacionan con el pronóstico final de estos pacientes a excepción de la escala APACHE.