

TRATAMIENTO DE LA CANDIDURIA EN UCI

F. Álvarez Lerma, J. Nolla, M. Salvador y Grupo Epcan

Medicina Intensiva. H. del Mar, Barcelona. Microbiología. Laboratorio de Referencia Cataluña, Barcelona. Medicina Intensiva. Epcan, Barcelona.

No existe una actitud común ante la presencia de una candiduria en pacientes ingresados en UCI con sonda uretral.

Objetivo: Analizar la actitud de los intensivistas españoles frente a una candiduria y averiguar el impacto de las distintas decisiones terapéuticas en la evolución de los pacientes.

Material y método: 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 en 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* spp en orina. Para cada paciente se obtuvieron datos demográficos, de patologías de base y asociadas, factores de riesgo y tratamientos previos. Se han identificado candidemias y candidiasis invasivas por criterios de seguridad. La indicación de tratamiento fue decidida por los médicos responsables del paciente no existiendo indicaciones previas consensuadas. Se valora la mortalidad global intra-UCI. Se han utilizado la prueba del χ^2 para identificar asociaciones significativas que se establecieron para $p < 0,05$.

Resultados: En los 1.765 pacientes incluidos se han identificado 389 candidurias (22%). Las especies de *Candida* en el primer aislamiento fueron *C. albicans* (68,4%), *Candida* no *albicans* (17,5%) y *Candida* spp (14,1%). En 105 pacientes se llegó al diagnóstico de candidemias o candidiasis invasiva. En 187 ocasiones (48,1) no se aplicó ningún tratamiento, y en 202 se indicaron antifúngicos: 49 (12,6) previos a la candiduria, 27 (6,9%) por diagnóstico simultáneo de candiduria/candidiasis invasiva, y 126 (32,4) como tratamiento sólo de la candiduria. La candiduria es un factor predictivo de candidiasis invasiva ($p = 0,006$). El tratamiento de los casos de candiduria única no previene la aparición de candidiasis invasiva ($p = 0,304$). El tratamiento de la candiduria no influye en la mortalidad intra-UCI ($p = 0,098$). El tratamiento previo de la candiduria no favorece la aparición de *C. no albicans* ($p = 0,202$). El tratamiento sólo de la candiduria no influye en la selección posterior de *C. no albicans* en orina ($0 = 0,195$).

Conclusiones: El tratamiento de las candidurias como único foco no influye en la mortalidad ni previene la aparición de una candidiasis invasiva. El tratamiento previo o posterior al diagnóstico de candiduria no se asocia con selección de especies de *Candida* no *albicans* en orina.

Patología infecciosa crítica I**LINEZOLID VS. GLUCOPEPTIDOS EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES SOSPECHADAS O CONOCIDAS POR COCOS GRAMP**F. Álvarez Lerma, F. Bobillo, V. González, J. Sole, A. Blanco y C. León
Medicina Intensiva. H. del Mar, Barcelona. Medicina Intensiva. H. Universitario de Valladolid, Valladolid. Medicina Intensiva. H. Miguel Servet, Zaragoza. Medicina Intensiva. H. Doctor Negrín, Las Palmas. Medicina Intensiva. H. Central de Asturias, Oviedo. Medicina Intensiva. H. de Valme, Sevilla.

Introducción: Linezolid es el primero de una nueva familia de antimicrobianos, activo frente a todos los CGP, incluidos los resistentes a meticilina y vancomicina. Su indicación principal es el tratamiento de infecciones por CGP multiresistentes.

Objetivo: Evaluar de forma comparativa la eficiencia y tolerancia de Linezolid (LZD) vs. glucopéptidos, Vancomicina (VCN) o Teicoplanina (TPN) en pacientes ingresados en UCI.

Método: Ensayo clínico (Fase III), aleatorizado (2:1:1), abierto, multicéntrico y controlado. Criterio de inclusión: infecciones conocidas o sospechadas por CGP multiresistente, en pacientes ingresados en UCI, nivel APACHE II entre 8 y 24. Tratamientos: Linezolid, 600 mg/12 h, Vancomicina, 1 g/12 h, Teicoplanina, 400 mg/24h (las tres primeras dosis cada 12 h). Poblaciones analizadas: Intención de tratamiento (IT) y evaluable por clínica y microbiología (ECM). Momento análisis: Final del tratamiento. Análisis estadístico: χ^2 cuadrado para variables cualitativas y T de Student para variables cuantitativas. Se incluye análisis de regresión logística para identificar factores que influyen en la evolución satisfactoria.

Resultados: Se han incluido 252 casos, (127 LZD, 63 VCN, 62 TPN). Se han excluido 86 pacientes para la evaluación de eficacia por ausencia de microorganismos o de CGP. No se han identificado diferencias significativas en sus variables demográficas, de gravedad, forma de presentación de la infección, tipos de infección y microorganismos responsables de las mismas, tanto en la población IT como ECM. Principales hallazgos: Retirada del estudio por fracaso: LZD, 2,7%, VCN, 10%, TPN, 15,8% ($p = 0,02$). Tratamiento con tres o más antibióticos: LZD, 58,1%, VCN, 72,7%, TPN, 84,2% ($p = 0,02$). Días de tratamiento: LZD, 11,9, VCN, 13,8, TPN, 13,2 ($p = 0,08$). Los factores que se han asociado de forma individual con respuesta favorable han sido: ausencia de diabetes mellitus (OR 0,21 IC95% 0,066-0,677), ausencia de infección abdominal (OR 0,11 IC95% 0,016-0,781), días de tratamiento (OR 1,36 IC95% 1,177-1,579), tratamiento con Linezolid (OR 4,84 IC95% 1,593-14,688).

Conclusiones: Linezolid se ha asociado con menos fracasos terapéuticos. Linezolid en una variable independiente de respuesta favorable en comparación con otros glucopéptidos.

LEVOFLOXACINO EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI

F. Álvarez Lerma, M. Palomar, P. Olaechea, C. León, M. Sánchez y B. Bermejo

Medicina Intensiva. H. del Mar, Barcelona. Medicina Intensiva. H. Vall d'Hebron, Barcelona. Medicina Intensiva. Galdakao, Galdakao. Medicina Intensiva. H. de Valme, Sevilla. Medicina Intensiva. Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. Medicina Preventiva. H. de Navarra, Pamplona.

Introducción: Levofloxacino (LFX) es una nueva quinolona de 3ª generación, con actividad frente a la mayoría de patógenos comunitarios, en la que no existen estudios en pacientes ingresados en UCI.

Objetivo: Identificar los criterios de uso (indicaciones, formas de prescripción, dosis y vías de administración) en pacientes ingresados en UCI así como su efectividad y tolerancia.

Material y método: Estudio observacional, multicéntrico y prospectivo. Se han incluido los 15 primeros pacientes en los que se ha prescrito LFX en monoterapia o tratamiento combinado, en 36 UCIs. Periodo de inclusión: octubre 2000-noviembre 2001. Se ha auditado el 25% de los casos. Se presentan los resultados descriptivos en medias y porcentajes. Se aceptan como significativas diferencias menores a 0,05.

Resultados: Se han incluido 543 indicaciones de LFX. Pacientes: varones, 70,7%, con edad media 60,2 (16,7), APACHE II, 18,9 (7,9), y patología de base médica, 79,2%. Mortalidad intra-UCI, 25,7%. Precisan ventilación mecánica, 60% y drogas inotrópicas, 44,3%. Ha predominado el tratamiento de infecciones comunitarias, 67,8%, de localización en el pulmón, 88,1% (31,8% traqueobronquitis, 56,2% neumonías). Sólo en 55,6% de los casos se identificó la etiología. Han predominado: *St. pneumoniae* (14,0%), *H. influenzae* (8,1%), *E. coli* (7,9), *S. aureus* MS (6,8%) y *L. pneumophila* (5,5). El tratamiento ha sido empírico, 87,1%, siendo confirmado posteriormente en el 32,2% de los casos. La dosis inicial ha sido 500 mg/24 h (44,4%) y 500 mg/12 h (47,0%). En el 49,7% se ha utilizado en tratamiento combinado. El 32,9% de los casos se ha cambiado a vía oral. Se ha valorado la evolución clínica como satisfactoria en el 69,1%, y la microbiológica en el 44,7%. Solo el 12,5% de los pacientes presentaron efectos adversos probable o posiblemente relacionados, destacando el aumento de GOT/GPT, 4,4%, diarreas (2,3%) y trastornos del ritmo cardiaco (2,1%).

Conclusiones: Se ha identificado el perfil de paciente que recibe LFX así como las diferentes formas de uso de este antibiótico en pacientes críticos. Buena respuesta clínica global y escasos efectos adversos.

P085

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DE LAS DISTINTAS FORMAS TERAPÉUTICAS DE LEVOFLOXACINO

F. Álvarez Lerma, M. Palomar, P. Olaechea, C. León, M. Sánchez y B. Bermejo

Medicina Intensiva. H. del Mar, Barcelona. Medicina Intensiva. H. Vall d'Hebron, Barcelona. Medicina Intensiva. H. de Galdakao, Galdakao. Medicina Intensiva. H. de Valme, Sevilla. Medicina Intensiva. H. Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. Medicina Preventiva. H. de Navarra, Pamplona.

Introducción: Levofloxacin (LFX) es una nueva quinolona de 3ª generación, en la que no existen estudios en pacientes ingresados en UCI.

Objetivo: Identificar los factores que influyen en los criterios de uso (monoterapia vs. tratamiento combinado, paso a vía oral, dosis inicial), y su influencia en la evolución clínica y en la mortalidad.

Material y método: Estudio observacional, multicéntrico y prospectivo. Se han incluido los 15 primeros pacientes en los que se ha prescrito LFX en monoterapia o tratamiento combinado, en 36 UCIs. Periodo de inclusión: octubre 2000-noviembre 2001. Se ha auditado el 25% de los casos. Se realizan análisis de regresión logística para identificar los factores asociados con cambio a vía oral, uso de tratamiento combinado y dosis inicial. Se añaden análisis de regresión logística para identificar variables que influyen en la respuesta clínica y en la mortalidad.

Resultados: Se han incluido 543 indicaciones de LFX. La dosis inicial ha sido 500 mg/24 h (44,4%) y 500 mg/12 h (47,0%). No se ha identificado ningún factor que influya en la decisión de la dosis inicial. El 49,7% se ha utilizado en tratamiento combinado. Los factores que influyen en la elección de tratamiento combinado son: infección nosocomial extra-UCI (OR 1,97; IC 95% 1,13-3,42), sepsis grave (OR 2,56; IC 95% 1,66-3,94), shock séptico (6,22; IC 95% 3,54-10,9), etiología conocida (OR 1,99; IC 95% 1,34-2,95). El 32,9% de los casos se ha cambiado a vía oral. Los factores que influyen en el paso a vía oral son: < 2 factores extrínsecos (OR 1,8; IC 95% 1,178-2,898), monoterapia (OR 2,22; IC 95% 1,46-3,37), ausencia de sepsis grave (OR 0,596; IC 95% 0,375-0,949), ausencia de shock séptico (0,244; IC 95% 0,118-0,508). Los factores individuales asociados con evolución favorable han sido: ausencia de sepsis grave o shock séptico, y presencia de etiología, mientras que los relacionados con mortalidad han sido presencia de sepsis grave o shock séptico, fracaso terapéutico e inicio del tratamiento con terapia combinada.

Conclusiones: Se ha identificado los factores que influyen en la elección de terapia combinada y en la decisión de cambio a vía oral de LFX en pacientes ingresados en UCI. Ninguno de ellos influye en la respuesta clínica. La elección de tratamiento combinado se asocia con peor pronóstico.

P087

FACTORES RELACIONADOS CON CULTIVOS POSITIVOS DE SANGRE EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI

F. Álvarez Lerma, C. Bone, P. Garcimartín, M. Artiaga, M. Gasulla, M. Sistachs, C. Altaba, V. Abad, E. Maull, M. Castro, R. López y R. Cajigos

Medicina Intensiva. H. del Mar, Barcelona. Medicina Intensiva. B. Barcelona. Medicina Intensiva. A. Barcelona. Medicina Intensiva. R. Barcelona. Medicina Intensiva. C. Barcelona. Medicina Intensiva. E. Barcelona. Medicina Intensiva. L. Barcelona. Medicina Intensiva. O. Barcelona. Medicina Intensiva. N. Barcelona.

Objetivo: Identificar los factores asociados con HC positivos verdaderos así como identificar los factores que se asocian con HC contaminados.

Material y método: Estudio prospectivo y observacional realizado en una UCI polivalente de 18 camas. Se han incluido como caso todos los HC realizados desde el 1 de febrero al 31 de octubre del año 2000, que se han clasificado en positivos verdaderos, positivos contaminados y negativos en función de los resultados microbiológicos y las manifestaciones clínicas de los pacientes. Para valorar los factores asociados con HC verdadero se han comparado los casos identificados como verdaderos positivos con los negativos. Para valorar los factores asociados con HC contaminado se han comparado estos con el resto de HC realizados. El análisis estadístico incluye análisis bivariado y multivariante.

Resultados: En 141 (30,4%) de los 464 pacientes ingresados se han obtenido 560 muestras de sangre para cultivo. En 111 casos (19,8%) los cultivos de sangre fueron positivos, clasificándose como verdaderas bacteriemias en 83 ocasiones (14,8%) y como contaminantes en 28 casos (5,0%). Se han identificado como variables independientes de verdadero HC positivo: la presencia de escalofríos (OR 4,16; IC 95% 1,46-11,8), cianosis (OR 2,8; IC 95% 1,20-6,7), menos de 60 segundos de acción de los antisépticos (OR 2,70; IC 95% 1,59-4,61), presencia de hematomas (OR 2,1; IC 95% 1,15-3,89), la limpieza y desinfección de la piel en forma de arrastre (OR 1,77; IC 95% 1,03-3,02), la utilización de bata estéril (OR 2,39; IC 95% 1,40-4,10), los días de ingreso en el hospital hasta la indicación del cultivo de sangre (OR 1,02; IC 95% 1,003-1,03) y la mayor edad (OR 1,03; IC 95% 1,007-1,06). Los factores de riesgo individual que se asocian con contaminación son: el tiempo de exposición del antiséptico < de 30 segundos (OR 12,6; IC 95% 3,63-43,57) y el motivo de extracción de la sangre, en especial cuando es por protocolo (OR 11,5; IC 95% 2,02-65,03).

Conclusiones: Se han identificado los signos clínicos que permiten optimizar la práctica de HC así como los factores que se deben corregir para disminuir los HC contaminados.

P086

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE LAS NEUMONÍAS RELACIONADAS CON VENTILACIÓN MECÁNICA

F. Álvarez Lerma, M. Palomar, P. Olaechea, J. Insausti, E. Cerda, B. Bermejo y Grupo ENVIN UCI

Medicina Intensiva. H. del Mar, Barcelona. Medicina Intensiva. H. Vall d'Hebron, Barcelona. Medicina Intensiva. H. de Galdakao, Galdakao. Medicina Intensiva. H. de Navarra, Pamplona. Medicina Intensiva. H. Universitario de Getafe, Getafe. Medicina Preventiva. H. de Navarra, Pamplona.

Objetivo: Describir los criterios clínicos utilizados para sospechar una neumonía relacionada con ventilación mecánica (N-VM) y los métodos empleado para la obtención de muestras pulmonares para su diagnóstico etiológico.

Material y método: Se han analizado las N-VM diagnosticadas en los pacientes incluidos en el estudio ENVIN-UCI desde el año 1998 hasta el 2002. Los criterios clínicos de sospecha se han clasificado en: clínica compatible + nuevo y persistente infiltrado (C + R), extensión de un infiltrado previo y empeoramiento clínico (2ª neumonía), cavitación de un infiltrado (CI) y otros. Los métodos de obtención de muestras respiratorias en broncoaspirado simple (BAS), cepillo bronquial, lavado broncoalveolar, líquido pleural y hemocultivo + BAS. Se presentan los resultados en porcentajes respecto al total de N-VM diagnosticadas cada año.

Resultados: En los 25.060 pacientes incluidos en el estudio ENVIN-UCI se han diagnosticado 1.597 N-VM (6,4 episodios por 100 pacientes ingresados en UCI). La C + R ha progresado desde el 74,3% al 84,6%, la 2ª neumonía ha disminuido del 19,4 al 12,4% y la CI siempre ha sido inferior al 1%. Las técnicas de obtención de muestras han oscilado desde 70,6-79,4% para el BAS, 5,7 al 12,4% para el cepillado bronquial, 6,9 al 10,6% para el lavado broncoalveolar, y 0,6 al 1,2% para el HC más BAS.

Conclusiones: Disminución progresiva de las segundas N-VM y escasa utilización de las técnicas invasivas para el diagnóstico etiológico de las N-VM.

P088

VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UNA UCI DE UN HOSPITAL COMARCAL

M. Broch Porcar, V. López Camps, C. González Monte, M. Pinazo Murria, R. Julve Pardo, R. Calvo Embuena, S. Ferrandis Badía, V. Lacueva Moya y V. Parra Rodríguez

Unitat de Cures Intensives. Hospital de Sagunt, Sagunt. UCI. Servicio de Medicina Preventiva.

Introducción: Desde enero de 2000 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) de Infección Nosocomial (IN) de nuestra UCI monitoriza la incidencia de IN relacionada con ventilación mecánica (VM), sonda uretral (SU) y catéter venoso y arterial central (CC).

Método: Estudio de cohortes prospectivo de las instrumentaciones realizadas en los pacientes ingresados en una UCI médico-quirúrgica de 9 camas desde enero de 2000 a diciembre de 2002. Se han registrado las neumonías asociadas a VM (NAV), infecciones urinarias relacionadas con SU (IUSU) y bacteriemias ligadas a CC (BCC). Las tasas se expresan como densidad de incidencia (DI) por 1000 días de instrumentación. Se presentan las tasas mensuales y acumuladas a lo largo del periodo de estudio comparándolas con las referencias ENVIN y NNISS.

Resultados: Durante el periodo del estudio ingresaron 1450 pacientes (81% médicos) con una edad media de 67 años, siendo el 69% varones. La estancia media fue de 5,1 días. El valor medio del APACHE III fue de 56,3 y la mortalidad del 14%. EL número de días de SU fue de 4.765, el de CC de 4.085 y el de VM de 3.109. Se detectaron 40 IUSU, 4 BCC y 26 NAVM. La DI acumulada de IUSU fue de 8,4 (ENVIN 2001:5,5, NNISS P50%:3,7); la DI acumulada de BCC fue de 1,0 (ENVIN 2001:3,7, NNISS P50%:3,4); la DI de NAVM fue de 8,4 (ENVIN 2001:16,1, NNISS P50%:7,6).

Conclusiones: Nuestro SVE continuado permite compararnos con los referentes nacionales e internacionales, analizar nuestra tendencia e implementar medidas de control eficaces.

P089

CULTIVOS SISTEMÁTICOS DE ORINA Y TASAS DE INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A SONDAJE URETRAL (IU-SU).

N. Villanueva Martínez, J. Insausti, B. Bermejo, A. Ansotegui, A. Díaz, J. García Garayoa, J. Roldán Ramírez, I. Osés Munárriz y L. Esparza

UCI. Hospital de Navarra, Pamplona-Iruñea.

Objetivos: Comparar las tasas de IU-SU en un período en el que la práctica de cultivos sistemáticos de orina fue incluida en el sistema de vigilancia de la multiresistencia con otro en el que dicha práctica fue abandonada.

Material y método: Estudio prospectivo y continuado incluyendo todos los pacientes ingresados en UCI polivalente entre el 01/05/00 y el 31/12/02. Se estudian: edad, APACHE II, estancia, mortalidad, episodios IU-SU, densidad de incidencia (DI) y microorganismos causales. En el período comprendido entre 01/05/00 y el 30/04/02 (Período I) se efectuaron cultivos semanales rutinarios de orina dentro del programa de control de la multiresistencia. Entre 01/05/02 y 31/12/02 (Período II) dicha práctica fue suspendida. Diagnóstico de IU-SU mediante criterios CDC. Metodología estadística: prueba de χ^2 , t de Student y U de Mann Withney.

Resultados:

	Período I (n: 1.402)	Período II (n: 464)	p
Edad (años)	59,14 ± 17,59	57,92 ± 18	NS
APACHE II	15,89 ± 9,49	15,71 ± 8,69	NS
Estancia (días)	8,42 ± 13,25	8,08 ± 11,21	NS
Mortalidad (%)	19,78	20,62	NS
Episodios IU-SU	82	13	p < 0,001
IU-SU (%)	9,86	3,94	p < 0,001
Patógeno principal	<i>E. coli</i> (44,4)	<i>E. coli</i> (61,5)	NS

(*) DI: densidad de incidencia; n: pacientes incluidos

Se abandonó la práctica de cultivos urinarios de vigilancia ante la baja presencia de patógenos multiresistentes y el escaso valor que dicha información añadía a la obtenida por el resto de muestras de vigilancia efectuadas (reservorio digestivo).

Conclusiones: El período de práctica de cultivos de orina sistemáticos de vigilancia se asoció a un incremento significativo de las tasas estimadas de IU-SU. Dicho incremento pudiera tener como explicación la inclusión de un número relevante de casos de bacteriuria significativa asintomática.

P091

EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE BACTERIEMIA PRIMARIA Y ASOCIADA A CATÉTER EN UCI. ENVIN-UCI (1994-2002)

P. Olaechea Astigarraga, F. Álvarez Lerma, M. Palomar Martínez, J. Insausti Ordeñana, E. Cerdá Cerdá, B. Bermejo Fraile y Grupo ENVIN-UCI

Medicina Intensiva.

Objetivos: Describir la evolución de las tasas nacionales de bacteriemia primaria y asociada a catéteres adquiridas en UCI. Diferenciamos entre bacteriemia primaria (BP), bacteriemia relacionada con el catéter (B-CV) y la suma de ambas (BP/B-CV).

Métodos: Estudio de incidencia prospectivo y multicéntrico, registrándose los datos de los pacientes de más de 24 horas de estancia en UCI por periodos continuos de 1 a 3 meses desde 1994 hasta 2002. El seguimiento de pacientes se hizo hasta el alta de la UCI o un máximo de 60 días. Se definió bacteriemia como el aislamiento de un patógeno en sangre, siendo primaria cuando se desconocía el foco y secundaria a catéter siguiendo la normativa de CDC modificada para UCI. Los denominadores han sido pacientes en riesgo, días de estancia y días de utilización de catéteres contabilizando todos los catéteres implantados: venosos centrales, arteriales y de arteria pulmonar.

Resultados: El número de UCIs participantes ha oscilado entre 33 y 72 con un total de 38.283 pacientes. Se han registrado 559 BP y 541 B-CV. Las tasas de BP/B-CV oscilaron entre 2,67 y 3,50 % de pacientes; 3,21 y 4,52 por mil estancias; y 2,05 a 4,55 por mil días de catéter, siendo las tasa más elevadas las correspondientes al último año de registro. La etiología más frecuente de forma estable es *S. epidermidis* y *S.C.N* y *Enterococcus*.

Conclusiones: Describimos las tasas anuales de bacteriemias primarias y relacionadas con catéteres, que deben ser tomadas como referencia e indicador de calidad asistencial.

P090

INCIDENCIA DE INFECCIONES EN UNA UCI POLIVALENTE. GÉRMEENES MÁS FRECUENTES

G. Alonso Muñoz, M. Luque Santos, R. Vegas Pinto, J. Dueñas Jurado y H. Sancho Ruíz

Medicina Intensiva. H.U. Reina Sofía, Córdoba.

Objetivo: Estudiar la incidencia de infecciones en una UCI polivalente, los focos infecciosos y gérmenes más frecuentes.

Material y métodos: Estudio descriptivo y prospectivo de 462 pacientes ingresados más de 24 horas en una UCI polivalente de 32 camas durante un período de 4 meses (mayo y junio del 2001 y 2002). De ellos 144 (31,17%) eran enfermos con patología coronaria, 118 (25,54%) con patología médica, 22 (4,76%) traumatológicos y 178 (38,53%) eran quirúrgicos. Los datos del estudio han sido recogidos mediante la base informática de ENVIN.

Resultados: 299 pacientes eran varones (64,72%), la edad media fue de 59 años, el APACHE II medio al ingreso fue de 11,75 (4,78-18,72), la estancia media fue de 5,44 días, la mortalidad fue de 17,61% (81 pacientes). Desarrollaron infección 42 pacientes (9,09%), de los cuales 21 presentaron neumonía asociada a ventilación mecánica, 1 bacteriemia primaria, 6 bacteriemias secundarias a infección por catéter, 12 desarrollaron bacteriemia secundaria a otro foco, 1 neumonía no relacionada con ventilación mecánica y 1 infección de herida quirúrgica. Los gérmenes más frecuentes fueron *Acinetobacter baumannii* y *S aureus* (20,45%).

Conclusiones: La incidencia de infección de los pacientes ingresados en nuestra unidad más de 24 horas es muy elevada, siendo el foco infeccioso más frecuente el pulmonar asociado a ventilación mecánica y los gérmenes más frecuentemente aislados el *Acinetobacter baumannii* y *S aureus*.

P092

INSUFICIENCIA ADRENAL ABSOLUTA EN EL SHOCK SÉPTICO

M. Casares Vivas, J. Llompard Pou, S. Sánchez Pérez, J. Ayestarán Rota, J. Ibáñez Juvé y J. Raurich Puigdevall

Medicina Intensiva. Hospital Son Dureta, Palma.

Objetivo: El nivel de cortisol sérico en el shock séptico (SS) que define una insuficiencia adrenal absoluta (IAA) no está bien establecido. El objetivo del estudio es analizar las incidencias de IAA y de insuficiencia adrenal relativa (IAR) en el SS.

Método: En 60 pacientes con SS se ha valorado el cortisol sérico basal y a los 30 y 60 min de la administración EV de 250 mcg de ACTH sintética. Se han definido como IAA valores de cortisol basal = a 10 mcg/dl con incrementos del cortisol a los 30 ó 60 min = a 9 mcg/dl y como IAR incrementos del cortisol a los 30 ó 60 min = a 9 mcg/dl. También se ha estimado la incidencia de IAR de acuerdo a los criterios de Ananue y cols (1). Se han utilizado los test de chi-cuadrado y de Anova.

Resultados: Nueve pacientes (15%) presentaron IAA, 24 (40%) IAR y 27 (45%) una función adrenal normal. Los valores de cortisol basal y a los 30 y 60 min. de administrar ACTH se presentan en la tabla.

Cortisol (mcg/dl)	Basal (n: 9)	30 min (n: 24)	60 min (n: 27)
IAA	4,9 ± 2,5	7,2 ± 3,2	8,6 ± 4,4
IAR	23,5 ± 14,5	26,6 ± 14,3	27,2 ± 15,6
Normal	17,6 ± 10,7	28,4 ± 10,3	32,5 ± 12,3

Tres pacientes (33,3%) fallecieron en el grupo de IAA, 12 (50%) en el grupo de IAR y 12 (44,4%) con función adrenal normal, sin diferencias significativas (p = 0,69). No hubo diferencias significativas entre los 3 grupos en la edad, el tiempo de SS y el tiempo de ventilación mecánica. La incidencia de IAR de acuerdo a los criterios de Ananue y cols fue del 55%, con mortalidad del 45,4%.

Conclusiones: La incidencia de IAA en el shock séptico es elevada y la incidencia de IAR, por el criterio de Ananue, es similar a la de otros estudios.

Bibliografía: (1) Ananue D, et al. Effect of treatment with low doses of hydrocortisone. JAMA 2002;288:862.