

Control de la infección en UCI 039

ESTUDIO NACIONAL DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UCI (ENVIN-UCI). INFORME DEL AÑO 2002

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. de Getafe, Getafe. Medicina intensiva. H. de Navarra, Pamplona.

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), bacteriemias primarias y relacionadas con catéteres vasculares (BP/B-CV) y bacteriemias secundarias (BS). 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 5.481 pacientes, pertenecientes a 72 UCIs de 70 hospitales. La edad media ha sido 59,92 a. (18,4), siendo el 35,92% > de 70 a. La patología de base ha sido: médica (39,1%), coronaria (30,9%), quirúrgica programada (18,5%) y traumática (11,5%). Un 15,8% de los pacientes precisaron cirugía urgente. El APACHE II medio ha sido 13,55 (8,2) y la mortalidad global 12,2%. Los días de riesgo, número de infecciones y tasas de DI para cada infección son las siguientes: N-VM, 20.333 días de VM, 337 N-VM, 16,6 N-VM/1000 días VM; IU-SU, 31.477 días de SU, 190 IU-SU, 6,04 IU-SU/1.000 días SU; BP/BCV, 42.155 días CV + CA, 192 BP/B-CV, 4,55 BP/B-CV/1000 días de CV + CA; BS, 39.860 días de estancia, 83 BS, 2,08 BS/1.000 días de estancia.

Conclusiones: Se han identificado las tasas nacionales de infección adquirida en UCI del año 2002.

040

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE LOS PACIENTES CON NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN

M. Palomar, F. Alvarez Lerma, E. Diaz, M. Sa, A. Martinez Pellus y U. Grupo Estudio Nav

Uci. H. Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivo: Analizar las características del tratamiento de 403 episodios consecutivos de NAVs en 353 pacientes y su evolución.

Método: Estudio prospectivo, multicéntrico (17 UCIs) realizado durante 12 meses. Las pautas de tº se determinaron en cada UCI. Se analizaron tipo de ATB, forma de uso, momento de la administración, duración, cambio y adecuación del tº.

Resultados: Se prescribieron 713 ATB, el 51,2% durante las primeras 24 horas del diagnóstico de la NAV, 27,8%, entre 24-48 h y el 20,9% a partir de las 48 h. A 3 pacientes no se les administró tº. Los ATB en monoterapia alcanzaron el 31,7% y combinados 68,2%. El tº fue empírico en 441 (63,3%) casos y específico en 255 (36,6%). El 73,4% de los ATB empíricos fueron adecuados y sumando los específicos se alcanzó el 83%. Los ATB empíricos más utilizados fueron n (%): Cefepime 64 (14,5), Amicacina 50 (11,3); Imipenem 49 (11,1); Piperacilina TZ 48 (10,8); Tobramicina 37 (8,3%); Vancomicina 31 (7); con una duración entre 10 y 13 días. Los ATB específicos: Imipenem 32 (12,5); Amicacina 26 (10,2); Piperacilina Tz 23 (9); Vancomicina 22 (8,6); Cefepime 18 (7); Ciprofloxacino 16 (6,2) durante 11-14 días. Se cambiaron 209 (54,2%) ATB empíricos por (%): mala evolución (49,2), resistencias iniciales (28), reducción de espectro (12,5), aparición de resistencias (3,8), reacciones adversas (0,9) u otras causas (5,3). El 72,52% de las NAVs curaron y el 14,8% recidivaron. Un total de 164 pacientes fallecieron (46,6%) y en 76 casos la muerte se relacionó con la VAP.

Conclusiones: El tº fue predominantemente empírico, con cobertura para etiología nosocomial y adecuado en una elevada proporción. Los cambios obedecieron a mala evolución/resistencias y en pocos casos para reducir espectro. La mortalidad relacionada con la NAV fue del 21,5%.

041

ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN EL ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL DE NEUMONÍA COMUNITARIA GRAVE

M. Bodí Saera, M. Gilavert Cuevas, M. Broch Porcar, J. Solé Violan, E. Díaz Santos, J. Vallés Daunís, B. Alvarez Sánchez y J. Rello Condomines

Medicina Intensiva. H.U. Joan XXIII de Tarragona, Tarragona. Medicina Intensiva. Hospital de Sagunto, Sagunto. Medicina Intensiva. Hospital Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria. Medicina Intensiva. Complejo Sanitario Parc Taulí, Sabadell. Medicina Intensiva. H. General de Alicante, Alicante.

Objetivo: Evaluar el tratamiento antibiótico utilizado en el estudio multicéntrico de neumonía comunitaria grave (NCG).

Métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo y descriptivo. Se analizan los casos de NCG del estudio realizado en el periodo de Dic-00 a Feb-02, en el que participan 34 UCIs españolas. Se valoran los tratamientos antibióticos empleados, se compara con el tratamiento antibiótico realizado en la pasada década y con las guías internacionales. Análisis estadístico: paquete SPSS/CIA.

Resultados: Se analizaron 516 pacientes. La mortalidad global fue del 26,1%. Se utilizó monoterapia antibiótica en el 24,3% de los casos. La asociación más frecuente fue betalactámico no antipseudomónico más macrólido (48,4% de los casos) en una proporción menor al utilizado en la pasada década (48,4% vs 56,7%; IC 95% -14,7 a -2,0). Se utilizaron quinolonas como terapia empírica en el 31% de los pacientes (en el 9% del total en monoterapia y el resto asociadas a otro antibiótico); porcentaje significativamente superior al de la pasada década (IC 95% 24,3 a 32,9%). En 26 pacientes (5,3%) se empleó un aminoglucósido dentro del tratamiento inicial, una proporción significativamente menor que en estudios previos (5,3% vs 14,3%; IC 95% -12,6 a -5,1%). Se utilizó cobertura para *Pseudomonas aeruginosa* en 96 pacientes (19,4%). En 245 pacientes (48,6%) se realizaron cambios en el tratamiento antibiótico empírico; en 168 (68,6%) el cambio fue guiado por los resultados de microbiología, en 43 casos por resistencia del microorganismo responsable de la neumonía al tratamiento inicial y en 14 casos por *Pseudomonas aeruginosa*.

Conclusiones: La combinación de un betalactámico y un macrólido sigue siendo la opción más utilizada. La utilización de una quinolona como monoterapia es superior a la de la pasada década. Los aminoglucósidos y la cobertura antipseudomónica se reserva para casos aislados. Estos datos sugieren que las guías de tratamiento empírico de la NCG se han de adaptar a la realidad de cada país.

042

FACTORES RELACIONADOS EN LA APARICIÓN DE PATÓGENOS RESISTENTES EN LA NEUMONÍA EN VENTILACIÓN MECÁNICA

I. Catalán, F. Álvarez-Lerma, M. Palomar, M. Sa, E. Díaz y Grupo de Estudio de Pacientes Ventilados. GTEI-SEM

Medicina Intensiva. Centro de Críticos. Hospital del Parc Taulí, Sabadell. Hospital del Mar. Hospital Vall d'Hebron. Hospital Joan XXIII, Barcelona.

Introducción: La elección de los antibióticos empíricos se basa en la cobertura de los posibles agentes de la neumonía relacionada con ventilación mecánica (N-VM).

Objetivo: Identificar diferentes factores que condicionan la aparición de patógenos multirresistente en la N-VM.

Pacientes y métodos: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico. Se han incluido 276 NVM, en 17 UCIs (15 españolas y 2 brasileñas). Las N-VM fueron definidos de acuerdo con los criterios del CDC. La etiología se ha identificado utilizando criterios invasivos y no invasivos para la obtención de muestras respiratorias bajas, analizadas en los laboratorios de Microbiología de cada hospital. Se han analizado los aislamientos relacionados con la aparición de N-VM para los microorganismos: *P. aeruginosa* (PA), *Staphylococcus aureus metilina sensible* (SAMS), *metilina resistente* (SAMR) y *Acinetobacter spp* (A).

Resultados: Se han aislado en N-VM; PA: 55, SAMS: 29, SAMR: 21 y A: 30 en procesos únicos o último caso neumonía. Se realizaron análisis con tablas de contingencia y pruebas Chi-cuadrado para cada uno de los gérmenes respecto SDRÁ, Broncopatía crónica, toma corticoides previo y neumonía precoz (< 7 d) versus tardía (> 7 d). Destacaron como significativos el aislamiento para neumonía tardía de PA (60% p 0.24), A (73.2% p 0.02) y SAMR (76.2% p 0.04). Y Corticoides previos para A (26.7% p 0.057) y SAMR (33.3% p 0.014).

Conclusiones: Se han identificado factores de riesgo para la selección de patógenos multirresistencia, cuya identificación obliga a su cobertura empírica.