

Patología infecciosa crítica II P191

FOCOS DE COLONIZACIÓN Y SEPSIS DE LOS CATÉTERES MULTILUMEN ANALIZADOS MEDIANTE LAVADOS ENDOLUMINALES

L. Vidaur, J. Sirvent, S. Barbadillo, P. Ortiz, N. López de Arbina, J. González de Molina, J. de Batlle, M. Motjé y A. Bonet

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta, Girona. Servicio de Microbiología. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta, Girona.

Objetivo: La sepsis relacionada con los catéteres venosos centrales en UCI se asocia a un aumento de la morbi-mortalidad. El objetivo del estudio es evaluar los distintos focos de colonización de los catéteres multilumen y analizar las diferencias etiopatogénicas entre la colonización y la sepsis. El análisis se realizó mediante lavados endoluminales selectivos.

Métodos: Estudio prospectivo con inclusión de los catéteres multilumen colocados en nuestra unidad durante un periodo de 18 meses. Los catéteres se retiraron ante la sospecha de infección o al alta de UCI. El procedimiento incluyó los siguientes cultivos: Frotis del punto de inserción; cultivo de la punta del catéter mediante la técnica de Maki; Lavados endoluminales selectivos de cada luz del catéter y procesado para cultivos cuantitativos y hemocultivos periféricos. 15 UFC en el(Definiciones: Sepsis por catéter cuando se obtuvo un crecimiento Maki y hemocultivos periféricos positivos para el mismo germen; Catéter colonizado cuando el Maki y/o uno o más de los cultivos de los lavados fueron positivos y los hemocultivos negativos. El análisis estadístico se realizó mediante la *t* de Student para comparar variables cuantitativas y Chi cuadrado para las cualitativas.

Resultados: Incluimos en el estudio 120 catéteres multilumen con 1.793 días de inserción. La densidad de incidencia fue de 2,79 sepsis por catéter/1.000 días de riesgo y 10,03 catéteres colonizados/1.000 días de riesgo. La media de días de inserción de catéter fue 6. Objetivamos 18 catéteres colonizados y 5 sepsis por catéter. Los \pm 15 microorganismos predominantes en la colonización fueron los cocos Gram-positivos (83%), principalmente *Staphylococcus Coagulasa-Negativos* (61%) mientras que en los pacientes que desarrollaron sepsis por catéter predominaron los bacilos Gram-Negativos (60%), con diferencias significativas. La mortalidad de los pacientes que desarrollaron sepsis por catéter fue significativamente superior a la de los pacientes sin sepsis (40% vs. 13%, $p = 0,03$). El análisis de los resultados de los cultivos en los pacientes con sepsis por catéter revelaron un predominio de crecimiento de microorganismos en la superficie interna de los catéteres, obtenidos por los cultivos cuantitativos de los lavados endoluminales selectivos. Los cultivos de los puntos de inserción de los catéteres en piel fueron en su mayor parte negativos.

Conclusiones: La etiopatogenia de la colonización y la sepsis por catéter multilumen es diferente, con un predominio de cocos Gram-positivos en la colonización y de bacilos Gram-negativos en la sepsis. En los cultivos cuantitativos de los lavados selectivos, se identifica la superficie interna de los catéteres multilumen como el foco principal de sepsis. La sepsis por catéter se asoció a un aumento de la mortalidad.

P192

EFICACIA DE UNA ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN

S. Barbadillo Ansoregui, J. Sirvent Calvera, L. Vidaur Tello, J. González de Molina, P. Ortiz Ballujera, N. López de Arbina y A. Bonet Sarís
Medicina Intensiva. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta, Girona.

Objetivo: Evaluar la eficacia de una estrategia de tratamiento antibiótico empírico de la neumonía asociada a la ventilación (NAV) protocolizada en el Servicio de Medicina Intensiva (UCI) y comprobar su validez a los dos años del inicio de su aplicación.

Métodos: Con los resultados de la etiología de la NAV del estudio ENVIN-UCI del año 2000, se elaboró una estrategia de tratamiento antibiótico empírico de la NAV en nuestra UCI que se comenzó a aplicar al inicio del 2001 y se ha continuado hasta la actualidad. La estrategia de tratamiento antibiótico empírico protocolizada fue la administración de amoxicilina/ácido clavulánico para la NAV de inicio precoz y cefepime más amikacina para la NAV de inicio tardío. Realizamos el estudio ENVIN-UCI prolongado a 4 meses en 2001 y 2002. Comparamos los resultados de las características demográficas, gravedad al ingreso, estancias y mortalidad. Se analizaron las tasas de la infección adquirida y la etiología de la NAV, así como la susceptibilidad de los gérmenes a los antibióticos administrados de forma empírica. Se compararon los resultados mediante la t de Student para las variables cuantitativas y la Chi cuadrado para las cualitativas.

Resultados: Estudiamos un total de 325 pacientes durante los años 2001 y 2002. Las características demográficas, la gravedad al ingreso, la estancia y la mortalidad de los dos años fueron similares. Las tasas de infección adquirida y la etiología de la NAV no fueron significativamente diferentes en los dos años analizados. Las NAV de inicio precoz fueron 16 y las NAV de inicio tardío 12; la NAV precoz fue debida fundamentalmente a *S. aureus*, *H. Influenzae* y *S. pneumoniae*, y la NAV tardía tuvo como etiología a Enterobacterias y *Pseudomonas aeruginosa*. En la NAV precoz los gérmenes aislados tuvieron una sensibilidad del 95% al antibiótico empírico inicial y en la NAV tardía la sensibilidad fue del 91%. Un paciente en la NAV precoz y dos en la NAV tardía precisaron cambiar el tratamiento antibiótico empírico por resistencia.

Conclusiones: El perfil de los pacientes, las tasas de infección adquirida, la etiología de la NAV y la susceptibilidad antibiótica a los gérmenes aislados no han cambiado en los dos años de estudio. La estrategia de tratamiento antibiótico empírico de la NAV sigue siendo eficaz y mantiene su validez a los dos años de su aplicación.

Financiado por Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (095/02/2000).

P194

PRONÓSTICO DE LAS BACTERIEMIAS COMUNITARIAS EN PACIENTES CRÍTICOS

A. Artero Mora, R. Zaragoza Crespo, S. Sancho Chinesta, J. Simón Machí, J. Camarena Miñana y J. Nogueira Coito
Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. Microbiología. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Objetivo: Conocer el pronóstico de las bacteriemias adquiridas en la comunidad en una Unidad de Cuidados Intensivos e identificar los factores asociados a la mortalidad relacionada con la bacteriemia.

Material y métodos: Se evaluaron todos los pacientes con bacteriemia comunitaria ingresados en una UCI polivalente desde 1996 a 2001. Las bacteriemias fueron consideradas comunitarias si los hemocultivos habían sido obtenidos en las primeras 48 horas del ingreso en el hospital y no estaban relacionados con ningún procedimiento invasor. Las variables clínicas y microbiológicas fueron obtenidas de la historia clínica. Se realizó un análisis univariado para identificar aquellas variables relacionadas con la mortalidad.

Resultados: De un total de 218 bacteriemias 41 (18,8%) fueron adquiridas en la comunidad. La edad media de éstos pacientes fue 56,2 años \pm 17,8. Presentaron enfermedad de base rápidamente fatal o últimamente fatal el 36% (McCabe). El 48,8% cursaron con shock séptico. Los focos de origen fueron: respiratorio 24,4%, urinario 14,6%, abdominal 14,6%, endocarditis 7,3% y desconocido 34,1%. Los principales patógenos aislados fueron: *Staphylococcus aureus* (n = 11), *Escherichia coli* (n = 10), *Streptococcus pneumoniae* (n = 6) y *Pseudomonas aeruginosa* (n = 4). El tratamiento antibiótico empírico fue inadecuado en el 12,2% de los casos. La mortalidad global intra-hospitalaria fue del 39% y la asociada con la infección del 29,3%. La existencia de una enfermedad de base rápidamente o últimamente fatal fue el único factor asociado con la mortalidad relacionada con la bacteriemia (OR 5,3, IC 95% 1,2-23; p = 0,023).

Conclusiones: Los pacientes con bacteriemia adquirida en la comunidad que ingresan en UCI debutan con shock séptico en casi la mitad de los casos y presentan elevada mortalidad. La presencia de una enfermedad de base rápidamente o últimamente fatal fue el único factor asociado con la mortalidad relacionada.

P193

IMPORTANCIA DE LOS ENTEROCOCCUS SPP EN LAS INFECCIONES ADQUIRIDAS EN UCI

F. Álvarez-Lerma, M. Palomar, J. Insausti, P. Olaechea, M. Alcalá y A. Blanco

Medicina Intensiva. H. del Mar, Barcelona. Medicina Intensiva. H. Vall d'Hebron, Barcelona. Medicina Intensiva. H. de Navarra, Pamplona. Medicina Intensiva. H. de Galdakao, Galdakao. Medicina Intensiva. Fundación Jiménez Díaz, Madrid. Medicina Intensiva. Asturias, Oviedo.

Enterococcus spp se ha considerado hasta hace poco como un patógeno poco importante tanto por su frecuencia como por su patogenicidad.

Objetivo: Conocer la frecuencia de Enterococcus spp entre las infecciones adquiridas en UCI así como los factores que condicionan su aparición y su impacto en la evolución de los pacientes.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y multicéntrico. Se han incluido los pacientes ingresados en las UCI participantes en el estudio ENVIN, desde 1997 hasta 2001. Los pacientes se clasificaron como infectados por Enterococcus spp, infectados por otros microorganismos y sin infecciones nosocomiales. Las variables cualitativas se han estudiado mediante la prueba de la Ji al cuadrado y las variables cuantitativas mediante las pruebas t de Student o U de Mann Withney. El nivel de significación estadística aceptado ha sido del 5% (p < 0,05).

Resultados: Se han controlado 21.972 pacientes de los que 2.177 (9,9%) han adquirido 3.490 infecciones nosocomiales en UCI. En 223 de estos pacientes (10,2%) se han identificado 239 infecciones con Enterococcus spp (incidencia acumulada: 1,1 episodios por 100 pacientes). Han predominado en las infecciones urinarias (14,3%), bacteriemias primarias (10,3%) y bacteriemias secundarias (12,2%) en especial las relacionadas con infección abdominal (20,0%) e infecciones de partes blandas (21,4%). Los factores de riesgo para desarrollar una infección por Enterococcus spp han sido: sexo (mujeres, 39,9% vs. 30,8%), mayor gravedad al ingreso en UCI (APACHE II, 20,7 vs. 18,3) y mayor estancia en UCI (26,5 vs. 22,5 días). No han existido diferencias en la mortalidad entre los pacientes con infecciones, en función de la etiología, pero ha sido muy superior a los pacientes sin infecciones (31,8%, 31,8%, 11,1%).

Conclusiones: Progresivo protagonismo de Enterococcus spp entre las infecciones adquiridas en UCI. La mortalidad es elevada e igual a la de los pacientes con infecciones por otros microorganismos por lo que hay que considerarlo como un patógeno de elevada virulencia y plantear su cobertura empírica de forma precoz en aquellas situaciones clínicas en las que es posible su presencia.

P195

INFECCIONES BACTERIEMICAS POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN CUIDADOS INTENSIVOS

S. Sancho Chinesta, A. Artero Mora, R. Zaragoza Crespo, E. Porcar Rodado, J. Camarena Miñana, J. Nogueira Coito y C. Tormo Calandín
Medicina Intensiva. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. Microbiología. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Introducción: *Pseudomonas aeruginosa* es una causa frecuente de bacteriemias en pacientes críticos. Nos proponemos conocer las características epidemiológicas, clínicas y pronóstico de las bacteriemias producidas por *P. aeruginosa* en nuestro medio.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de todos los episodios de bacteriemia durante un periodo de 5 años y medio en una UCI médico-quirúrgica de un hospital universitario, y en especial de las bacteriemias ocasionadas por *P. aeruginosa*. Análisis mediante regresión logística con el programa SPSS 9.0 para identificar los factores predictores de la mortalidad relacionada con la infección.

Resultados: De un total de 215 bacteriemias 24 (11,1%) fueron ocasionadas por *P. aeruginosa*. La edad media de estos pacientes fue de 63,7 \pm 15,7 años y la relación hombre/mujer de 2,4. Fueron de adquisición nosocomial el 79,1% de los casos. El 45,8% presentaban una enfermedad rápidamente o últimamente fatal y el 29,1% eran diabéticos. Recibían ventilación mecánica el 79,1%, en el momento de la bacteriemia. Se identificó el foco de origen en 2/3 de los casos: respiratorio (37,5%), catéter (20,8%) y abdominal (8,3%). Presentaron sepsis grave el 62,5% y shock séptico el 16,6%. El 33,3% fueron polimicrobianas. Las cepas multiresistentes representaron sólo el 4,1%. El 75% habían recibido tratamiento antibiótico previo y el tratamiento antibiótico empírico fue inadecuado en el 16,6%. La mortalidad global intrahospitalaria fue del 50% y la relacionada con la infección del 12,5%, mientras que en las bacteriemias ocasionadas por otros organismos la mortalidad relacionada con la infección fue del 27,7% (p = 0,109). Ninguna de las variables estudiadas fue factor predictor de la mortalidad relacionada con la infección.

Conclusiones: En nuestro medio, las bacteriemias por *P. aeruginosa* estuvieron ocasionadas principalmente por cepas nosocomiales no multiresistentes. La mayoría de pacientes recibían ventilación mecánica y la neumonía fue la presentación clínica más frecuente. La mortalidad asociada a la infección fue algo menor que la atribuida al resto de los organismos causantes de bacteriemia en UCI.

P196

DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE NEUMONÍA NEUMOCÓCICA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD MEDIANTE INMUNOCROMATOGRAFÍA

J. Marcos y Ramos, J. Ferrer Agüero, F. Artiles Campelo, A. Bordes Benítez, B. Lafarga Capuz y J. Solé Violán
Medicina Intensiva. H. Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo: Evaluar la rentabilidad de la inmunocromatografía (ICT) en el diagnóstico de neumonía aguda adquirida en la comunidad (NAC) producida por *S. pneumoniae*.

Métodos: Se incluyeron en el estudio 50 pacientes que ingresaron por NAC en la Unidad de Medicina Intensiva de nuestro Hospital entre enero de 2001 y diciembre de 2002. Se excluyeron los pacientes hospitalizados en las 72 h previas al inicio de los síntomas, así como los que presentaron sospecha de broncoaspiración, neumonía obstructiva, tuberculosis pulmonar o inmunodepresión severa. Se recogieron las siguientes muestras: respiratorias (esputo, aspirado traqueal, cepillado bronquial, lavado broncoalveolar), líquido pleural, suero, hemocultivos seriados y orina para la prueba de ICT (*S. pneumoniae* Urinary Antigen Test NOW, Binax).

Resultados: Se diagnosticó neumonía neumocócica en 17 pacientes (34%).

En 12 pacientes (24%) la neumonía fue causada por otros microorganismos: 5 por *S. aureus*, 4 por *H. influenzae*, 2 por *C. pneumoniae* y 1 por *C. burnetii*. En 4 pacientes (13%), la etiología de la NAC fue polimicrobiana. En los 21 pacientes restantes (42%) no se identificó ningún patógeno.

Conclusión: La ICT es una técnica de ejecución rápida y sencilla que aumenta considerablemente el número de casos diagnosticados de neumonía neumocócica (7/17, 41%).

P198

APLICACIÓN DE UN PROGRAMA PARA LA REDUCCIÓN DE LAS TASAS DE INCIDENCIA DE A. BAUMANNII

J. Ballus Noguera, F. Esteve Urbano, X. Corbella Virós, M. Pujol Rojo, R. Granada Vicente, M. Argerich González y J. Ariza Cardenal
Medicina Intensiva. Hospital de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat.

Introducción: *A. baumannii* junto a *Staphylococcus aureus* meticilín resistente son los principales patógenos epidémicos responsables de infección nosocomial en pacientes críticos.

Objetivo: Evaluación del impacto de un programa de reducción de la incidencia de *A. baumannii* en UCI.

Material y método: Estudio prospectivo observacional con intervención. Seguimiento de las tasas de incidencia de muestras clínicas por *A. baumannii* durante año 2001 y después de la intervención: 2002. En enero de 2002 se puso en marcha un plan estratégico que consistió en el cierre secuencial, descontaminación ambiental y apertura controlada de las unidades. Así mismo se procedió al reordenamiento de circuitos de críticos con el aislamiento de pacientes colonizados.

Resultados: El plan estratégico permitió un aumento de la actividad asistencial de 1.156 en 2001 a 1.294 ingresos en 2002. No hubo diferencias poblacionales significativas en los dos periodos. El número de aislamientos clínicos por *A. baumannii* (ajustados por 1.000 días de estancia) fue de 18,58/1.000 en el 2001 y 9/1.000 en 2002 (RR: 2,06 IC 95%; 0,96-4,64).

Conclusiones: La reordenación estructural y funcional de nuestro servicio ha permitido un aumento de la actividad asistencial y reducción los aislamientos de *A. baumannii*.

P197

FACTORES ASOCIADOS AL TRATAMIENTO EMPÍRICO INADECUADO DE LAS BACTERIEMIAS EN UCI

R. Zaragoza Crespo, A. Artero Mora, S. Sancho Chinesta, J. Camarena Miñana, J. Nogueira Coito y C. Tormo Calandín
Medicina Intensiva. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. Microbiología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Objetivos: Conocer si existen diferencias epidemiológicas, clínicas y microbiológicas entre los casos de bacteriemias en UCI que han recibido tratamiento antibiótico empírico adecuado (TAEI) y aquellos con tratamiento antibiótico empírico adecuado (TAEA).

Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo analítico de las bacteriemias clínicamente significativas en una UCI polivalente durante 5 años y medio (1996-2001). Se definió TEI como la bacteriemia que no estaba siendo efectivamente tratada en el momento de documentarse su agente etiológico y su antibiograma. Se realizó un análisis uni y multivariante para conocer los factores asociados a TEI.

Resultados: De un total de 218 casos de bacteriemias, el 26,6% (n = 58) recibieron TAEI. Ni la edad ni el sexo influyeron en TAEI. Mediante análisis univariante se identificaron como factores clínicos asociados con TAEI el uso previo de antibióticos (p = 0,007) y el origen nosocomial de las bacteriemias (p = 0,02); y a los siguientes microorganismos: ECN (p = 0,008) y *Acinetobacter baumannii* (p = 0,04), mientras que *S. aureus* mostró una asociación con TAEA (p = 0,03). El análisis multivariante permitió confirmar como factores asociados a TAEI la etiología por *Acinetobacter baumannii* (p = 0,04; OR = 2,3; IC95%: 1,02 - 5,16) y ECN (p = 0,02; OR = 2,72; IC95%: 1,16 - 6,4).

Conclusiones: 1) En nuestro medias las bacteriemias causadas por ECN y por *Acinetobacter baumannii* se asociaron con TAEI. 2) Ni las características epidemiológicas ni la presentación clínica condicionaron la administración de TAEI.

P199

¿SON EFICACES LAS INTERVENCIONES ESPECÍFICAS SOBRE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL?

F. Esteve Urbano, J. Ballus Noguera, R. Granada Vicente, M. Pujol Rojo y X. Corbella Virós
Medicina Intensiva. Hospital de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat.

Introducción: Los programas de vigilancia de las infecciones nosocomiales (IN) han demostrado ser útiles para la seguimiento y posterior aplicación de medidas de control.

Objetivo: Evaluación de las tasas de infección nosocomial de una UCI polivalente de un hospital de nivel III con los estándares NNIS.

Material y método: Se estudiaron prospectivamente los pacientes ingresados en UCI más de 24h durante dos meses. Se calcularon las tasas IN: neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) y de bacteriemia relacionada con catéter endovascular (BRC). Se compararon con los estándares publicados por el NNIS en el 2002. La única medida específica y protocolizada para la prevención de IN que se está siguiendo en nuestro servicio es un programa de prevención de bacteriemia de catéter endovascular.

Resultados: Se estudiaron 133 pacientes durante dos meses. La edad media fue de 58 años, APACHE II: 17,5, estancia media 14 días, 62% hombres y 38% mujeres, y una mortalidad de 25,5%. La tasa de incidencia de BRC fue de 5,76 episodios/1.000 días de catéter (el estándar NNIS para nuestra población es de 5,2 BRC/1.000 días catéter. RR: 1,1 IC 95%; 0,29-3,44). La tasa de NAV fue de 15,03 episodios/1.000 días de VM (el estándar NNIS es 5,6 episodios/1.000 días VM. RR: 2,94IC 95%; 1,09-8,22).

Conclusiones: El diseño y aplicación de un protocolo de prevención y vigilancia en nuestro centro ha sido eficaz para el control de la BAC.

P200

NEUMONÍAS ASOCIADAS A VENTILACIÓN MECÁNICA Y DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA

R. Vicho Pereira, M. Casado Méndez, J. Sánchez Román, H. Sancho Fernández y A. Navarro Puerto

Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Virgen de Valme, Sevilla.

Objetivos: Realizar un estudio epidemiológico descriptivo de las neumonías asociadas a Ventilación Mecánica (NAVM) en el último año así como la posible influencia de la aplicación de un protocolo de descontaminación digestiva selectiva (DDS).

Material: UCI polivalente de adultos de 14 camas. Recogida de datos del ENVIN-UCI simplificado entre octubre 2001-abril 2002. Desde entonces hasta octubre de 2002 se siguió un protocolo de DDS y se cumplimentó el ENVIN-UCI completo. Se analizan las características de las NAVM en periodos trimestrales.

Resultados: *Trimestre 1:* 3 NAVM con una tasa (nº de NAVM por 1.000 días de Ventilación Mecánica) de 6,5. *Trimestre 2:* 11 NAVM con una tasa de 25. 6,7 casos con un APACHE II > 25. El 50% de las NAVM por *P. aeruginosa* fueron multirresistentes. *Trimestre 3:* Ningún caso de NAVM ni de gérmenes multirresistentes. *Trimestre 4:* 7 NAVM con una tasa de 23,6, 5 casos con APACHE > 25. No se aislaron gérmenes multirresistentes.

Conclusiones: Con la DDS se ha asistido a una disminución de la tasa de NAVM, y el aumento puntual en el último trimestre se puede atribuir a la elevada gravedad de los pacientes con agentes etiológicos distintos y no multirresistentes.

P202

INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. COMPARACIÓN CON OTRAS ESPECIALIDADES HOSPITALARIAS

E. Molina Domínguez

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Can Misses, Ibiza.

Objetivos: La infección nosocomial (IN) es frecuente en los hospitales y en especial en los Servicios de Medicina Intensiva, existiendo variaciones en incidencia (IIN), aislamientos microbianos, sensibilidades y localización de la infección. El objetivo del estudio es comparar la incidencia de IN en nuestro SMI con otras especialidades del mismo centro hospitalario.

Material y método: Se analiza durante dos años consecutivos la IIN en el SMI, Traumatología y Cirugía. Se utiliza los resultados obtenidos por los programas Previne y Envin-UCI.

Resultados: Año 2001: SMI (Envin-UCI): IIN 5,2% (infección urinaria 1,3%, TD de neumonía asociada a ventilación mecánica 2,6%, bacteriemia asociada a catéter 1,3%); Traumatología (Previne): INN 10,1% (infección urinaria 4,58%, infección de herida quirúrgica (IHQ) 4,82%, bacteriemia secundaria 0,92%. Cirugía: IIN 5,96% (Infección urinaria 1,32%, IHQ 1,98%, infección por catéter 0,66%, infección de órgano o espacio 1,32%). Año 2000: SMI: IIN 7% (Infección urinaria 0,8%, TD neumonía asociada a ventilación mecánica 3,76%, bacteriemia secundaria 0,26%). Traumatología: IIN 2,8% (Infección urinaria 1,1%, IHQ 1,9%, bacteriemia secundaria 0,5%). Cirugía: IIN 1,6% (infección urinaria 1%, IHQ 0,9%).

Conclusiones: El estudio nos indica una disminución de la INN en el SMI respecto al año previo. El mantener las cifras de IN con poco margen de variación o disminución respecto al resto de servicios, podría servir al clínico de referencia en cuanto a indicador de calidad de su servicio.

P201

NEUMONÍA POR LEGIONELLA QUE REQUIERE INGRESO EN UCI. REVISIÓN DE 8 CASOS

C. Tarancón Maján, J. Ballesteros Herráez, M. Garijo Catalina, T. Recio Gómez, V. Sagredo Meneses y A. Rodríguez Encinas

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Objetivo: Estudiar las características clínicas y evolutivas de los pacientes diagnosticados en UCI de neumonía por Legionella.

Métodos: Estudio retrospectivo, realizado en una UCI polivalente de 16 camas, en un periodo de estudio de 2 años (2001-2002) Valorando edad, sexo, APACHE II al ingreso, clínica de debut, días de ventilación mecánica, técnicas de diagnóstico, estancia media, tratamiento utilizado, precocidad del tratamiento y mortalidad.

Resultados: De un total de 1.540 pacientes ingresados desde el 1/1/2001 al 31/12/2002, 8 pacientes de ellos presentaron infección por Legionella. La edad media es 66 años (42-78). Sexo: 8 varones. APACHE II medio: 23 (16-32). Factores de riesgo: Tabaquismo 4, Etilismo 3, Diabetes 2. Tratamiento inmunosupresor 2. Clínica debut: Insuficiencia respiratoria aguda grave 4, Shock séptico 4. Tiempo medio de ventilación mecánica 8,5 días. Diagnóstico: Radiológico 8, Antígeno de legionella en orina 7, Cultivo de aspirado bronquial positivo 8. Estancia media 11,7 días. Tratamiento utilizado Levofloxacino + Rifampicina 7 (cuanto mas precoz mejor pronostico). Mortalidad 3 (37%).

Conclusiones: En estos últimos años ha existido un aumento importante de las infecciones por Legionella, por lo que es necesario el diagnóstico precoz mediante el antígeno urinario en todas las neumonías comunitarias graves que ingresen en UCI para iniciar tratamiento específico precoz y establecer medidas preventivas de control epidemiológico. Se relaciona con la edad y factores de riesgo como EPOC, Etilismo crónico, Tabaquismo o tratamiento inmunosupresor.

P203

ANÁLISIS DE LAS BACTERIEMIAS EN UCI: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

M. Luque Santos, G. Alonso Muñoz, R. León López y M. Cid Cumplido

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

Objetivo: Analizar la incidencia de bacteriemias en nuestra unidad, así como sus características clínicas y microbiológicas.

Material y métodos: Estudio descriptivo y prospectivo de 17 pacientes con diagnóstico de bacteriemia de un total de 462 ingresados más de 24 horas en una UCI polivalente de 32 camas, durante 4 meses (mayo y junio del 2001 y 2002). Se estudia las siguientes variables: sexo, edad, APACHE II al ingreso, etiología y origen de la bacteriemia. Los datos han sido recogidos utilizando la base ENVIN.

Resultados: Se registran 17 casos de bacteriemia (3,68%) de un total de 462 pacientes, la edad media fue de 59 años, 229 eran varones, el APACHE II medio al ingreso fue de 11,75 y la mortalidad fue del 64,70% (11 pacientes). Se registraron 9 casos de bacteriemia secundaria a infección respiratoria (52,94%), 5 casos secundaria a infección por catéter (29,42%), 3 casos de bacteriemia secundaria a infección de partes blandas (17,64%) y solamente se registra 1 caso de bacteriemia primaria. El germen responsable más frecuente de bacteriemia secundaria a catéter fue el *Acinetobacter baumannii* y la secundaria a otro foco el *S. epidermidis*.

Conclusiones: Las bacteriemias más frecuentes en nuestra unidad son las secundarias a foco pulmonar en relación a las neumonías asociadas a ventilación mecánica, siendo el germen más frecuente aislado el *Acinetobacter baumannii*. Se registra 1 caso de bacteriemia primaria siendo el germen causante el *S. aureus*.

P204

FARMACOCINÉTICA DE LEVOFLOXACINO EN PACIENTES CRÍTICOS

A. Sánchez Navarro, A. Domínguez-Gil, C. Colino Gandarillas, Y. Alcalde y F. Álvarez Lerma

Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica. Universidad de Salamanca, Salamanca. Medicina Intensiva. H. del Mar, Barcelona.

Objetivo: Se ha realizado un estudio farmacocinético destinado a establecer el comportamiento de levofloxacino (LFX) en pacientes críticos tras su administración en un régimen de dosis múltiples, a una dosis de 500 mg/24 h mediante perfusión intravenosa de 60 minutos.

Métodos: Se incluyeron 9 pacientes de edad y peso comprendidos entre 40-72 años y 60-189 K, respectivamente. El perfil cinético de LFX se estableció a partir de las concentraciones del antibiótico en muestras de sangre extraídas a los pacientes a tiempos previamente programados después de la administración de la primera dosis; asimismo, se obtuvieron muestras inmediatamente antes y después de cada administración con el fin de disponer de los datos reales de concentraciones máximas (Cmax) y mínimas (Cmin) a lo largo del régimen de dosificación. Los tiempos de muestreo tras la primera dosis se seleccionaron en base a criterios estadísticos que proporcionan el mayor grado de precisión en la estimación de los parámetros farmacocinéticos calculados. Dichos parámetros han sido los siguientes: área bajo la curva de Concentraciones plasmáticas-tiempo (ABC), constante de eliminación (Ke), vida media de eliminación (t1/2) y aclaramiento plasmático (CLp). Mediante técnicas modelo-independiente, basadas en el análisis estocástico de las curvas de niveles de fármaco en sangre, y mediante integración numérica con aplicación de la regla trapezoidal en la fase ascendente de la curva y log-trapezoidal en la fase descendente se calculó el ABC, Ke y t1/2. El CLp, parámetro derivado, se obtuvo a partir de la relación entre la dosis administrada y el valor de ABC estimado.

Resultados: Los resultados revelan una amplia variabilidad interindividual en los niveles plasmáticos de LFX alcanzados en el grupo de pacientes estudiados, con valores de Cmax1 comprendidos entre 3 y 17 mg/L, que corresponden a valores de aclaramiento plasmático de 20,3 L h⁻¹ y 2,8 L h⁻¹, respectivamente. Teniendo en cuenta que la eliminación no se modifica (t1/2 7,4 y 8,9 h, respectivamente), las diferencias en el aclaramiento deben atribuirse a cambios en el volumen de distribución, probablemente debidos a la diferencia de peso (60-189 K), que a su vez explicarían las diferencias observadas en los valores de Cmax1.

Conclusiones: estos resultados, parecen indicar que el comportamiento de levofloxacino no se modifica de forma significativa en los pacientes estudiados, aunque si produce concentraciones superiores a las esperadas para el elevado peso que presentan. Asimismo, pone de manifiesto la conveniencia de considerar el peso corporal como variable de dosificación de este fármaco, independientemente de que los pacientes sean críticos o no. El estudio ha sido financiado parcialmente por Aventis Pharma.

P206

CONTROL DE LA ANTIOTERAPIA EN UCI

R. Alcaraz Peñarocha, M. Palomar Martínez, E. García Mañosa, A. Socías y A. Campos

Medicina Intensiva. Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivo: Control del uso de ATB en una UCI médico-quirúrgica de un hospital 3ario. Comprobar el impacto de sesiones informativas sobre el uso de ATB.

Método: Estudio prospectivo (P1: En-Feb01 y P2: Nov-Dic02). Se documentaron características de los pacientes, origen, severidad y etiología de la infección (infec), tipo y momento de la indicación y ajuste al protocolo. Entre los 2 periodos: sesión informativa resultados 1er control. Estadística: t de Student, Chi cuadrado y significación de la diferencia estadística entre 2 proporciones.

Resultados: P1/P2: Pacientes n° 83/60; APACHE II 15,6/15,1; patología (%): médica 42,2/66,7, quirúrgica programada 57,8/30, trauma 0/3,3; estancia media (días) 12,25/8,5; cirugía urgente (%) 20,5/13,3; mortalidad (%) 15,7/31,7. Antibióticos: n° 275/140; ATB/pac 3,3/2,3; dosis diaria definida (DDD)/100d estancia 155,4/151,4 (p < 0,05); no ATB 1/83 VS 5/60. Modo de uso (%): profilaxis (P) 49,6/27,1; empírico (E) 40,8/56,4; dirigido 9,6/16,4. Origen infec (%): comunitaria 29,8/66,7, nosocomial intraUCI 15,2/12,9, nosocomial extraUCI 28/20,4. Respuesta sistémica (%): SIRS 25,8/21,4, sepsis severa 34,1/21,4, shock séptico 21/24,3, no respuesta 21,1/32,9. Ajuste al protocolo (%): global 75,3/74,3 (NS), P mañana 76,3/65,2 (NS), P guardia 74,8/83,9 (NS); P 83,8/89,5 (NS); t° E 70,5/63,3 (NS). ATB + usados (%): Amox-clav 11,6/20,7, Cefal 2ª y 3ª G 8,8/12,9, Pp-Tz 8,4/10.

Conclusiones: Aunque la población de base varió (mayor n° pac médicos y mayor mortalidad) se observó una disminución significativa del n° y la DDD/100d estancia sin mejoría del ajuste al protocolo. Las sesiones informativas y el control de uso deberían mantenerse.

P205

INFECCIONES NOSOCOMIALES EN 5 UCIS DE CASTILLA-LEÓN. COMPARACIÓN DE DOS CORTES

M. Gascón Castillo

Medicina Intensiva. H. Gral Yagüe. Burgos.

Objetivo: Comparar las tasas de incidencia de neumonías asociadas a VM (NAV), infecciones urinarias (ITU) y bacteriemias primarias y asociadas a catéter (BAC) estudiadas en el ENVIN nacional y las calculadas en otro corte realizado con el ENVIN simplificado.

Material y método: Siguiendo los criterios de NAV, ITU y BAC del ENVIN y la recogida de factores de riesgo en cinco UCIs de Castilla y León se comparan las tasas del corte del ENVIN nacional (Mayo y Junio del 2001) con otro corte realizado tras una reunión en que se insiste en la metodología de recogida de datos y que se estudia de julio a septiembre del 2002. Se presentan las tasas y los intervalos de confianza de la diferencia.

Resultados: El n° de infecciones estudiadas ha sido 90 (57 NAV, 16 ITU, y 17 BAC) en el corte de mayo-Junio en 376 pac y 82 infecciones en el del 2002 (41 NAV, 25 ITU y 16 BAC).

	NAV por 1.000 días de VM	ITU por 1.000 días de sonda	BAC por 1.000 pacientes día
ENVIN 2001	36,07	7,6	5,98
ENVIN 2002	15,11	6,6	3,5
IC de la diferencia	10,52; 31,43	1,02; -3,5	-0,8; 5,79

Conclusión: En el ENVIN se puede estar sobreestimando la tasa de NAV.

P207

MORTALIDAD DE LAS BACTERIEMIAS SEGÚN LOS FOCOS DE ORIGEN Y LOS MICROORGANISMOS RESPONSABLES EN UCI

L. Lorente Ramos, R. Galván García, M. Martín Velasco, C. García Martín y M. Mora Quintero

Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

Objetivo: Describir la incidencia, gérmenes responsables y mortalidad de las bacteriemias entre los pacientes críticos.

Métodos: Estudio prospectivo de las bacteriemias detectadas en los pacientes que ingresaron en la UCI médico-quirúrgica, entre 1/5/2000 y 31/8/2002. Para analizar la mortalidad, entre los diferentes agentes etiológicos y los focos de origen, se utilizó la prueba χ^2 y se tomaron valores de p < 0,05 para considerar una diferencia estadísticamente significativa.

Resultados: Fueron analizados 1.389 pacientes. De ellos, 106 (7,63%) desarrollaron 116 bacteriemias (todas provocadas por un solo microorganismo) y fallecieron 21 (19,81%). Los agentes responsables y su mortalidad fueron los siguientes: SAMR 1/9, SAMS 3/5, SCN 6/44, enterococo 2/13, neumococo 1/4, e. coli 3/8, proteus mirabilis 0/2, klebsiella 2/4, morganella 0/2, acinetobacter 0/1, enterobacter 1/7, pseudomonas aeruginosa 1/7, candida albicans 1/4, otros 0/6. Los focos de origen y su mortalidad fueron los siguientes: primarias 9/55, respiratoria 6/25, CVC 5/22, herida quirúrgica 1/4, otros 0/10. No encontramos diferencias significativas en la mortalidad, según el microorganismo o el foco responsable de la bacteriemia.

Conclusiones: En nuestra serie, la mortalidad de los pacientes con bacteriemia fue similar, con independencia del microorganismo y del foco responsable.

P208

ACINETOBACTER BAUMANNII COMO CAUSA DE BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER: FACTORES DE RIESGO Y EVOLUCIÓN

A. Ferrer Araujo, M. Aldabó Pallás, J. García Garmendia, C. Colón Pallarés, F. Jiménez Jiménez, J. Garnacho Montero y C. Ortiz Leyba
UCI. HUV del Rocío, Sevilla.

Objetivo: No hay descrita ninguna serie de bacteriemia relacionada con catéter (BRC) por *Acinetobacter baumannii* (Ab). Infecciones por este germen en distintas localizaciones se asocian con una elevada mortalidad. Nuestro objetivo es describir los factores de riesgo, presentación clínica y mortalidad de BRC por Ab comparando con una serie de BRC producida por otros microorganismos.

Métodos: Estudio prospectivo de todas las BRC (n = 57) en el periodo 1997-2000. Además se incluyeron 9 episodios de BRC por Ab en 1993-1994. Se anotaron variables demográficas, enfermedades subyacentes, clínica, APACHE II, factores de riesgo en UCI y mortalidad cruda. Se compararon las BRC por Ab (grupo I) respecto al grupo total (II) (n = 51) y respecto al grupo total excluyendo bacteriemia por *Staphylococcus coagulasa* negativo (grupo III) (n = 24).

Resultados: La distribución de las 57 BRC fue: 27 por SCN y 30 por otros gérmes (*Staphylococcus aureus* 8, Ab 6, *Candida* spp 5, *Klebsiella pneumoniae* 3 y otros 8). Al comparar el grupo I y II no hubo diferencias en los factores de riesgo previos, en UCI y en el APACHE II al ingreso. La presentación fue como sepsis grave o shock séptico en 53% vs 35% y la mortalidad fue del 40% y 25% respectivamente (p = NS). Al comparar grupo I y III no hubo diferencias en los factores de riesgo previos, en UCI y gravedad al ingreso. La presentación fue como sepsis grave o shock séptico en 53% vs 55,5% y la mortalidad fue del 40% y 41% respectivamente (p = NS).

Conclusiones: La BRC por Ab no tiene factores de riesgo distintos al resto de las BRC y su mortalidad es similar especialmente si excluimos los episodios de BRC causado.

P210

CARACTERÍSTICAS Y MODIFICACIONES DE LA ANTIBIOTERAPIA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO. PERIODO 2001-2002

J. Insausti, F. Álvarez-Lerma, M. Palomar, P. Olachea, E. Cerdá, B. Bermejo y G. ENVIN-UCI

UCI. Hospital de Navarra. Pamplona-Iruña. UCI. Hospital del Mar, Barcelona. UCI. Hospital Vall d' Hebrón. Barcelona. Hospital de Galdakao. Vizcaya. Hospital de Getafe, Madrid. Medicina Preventiva.

Objetivo: Describir los tipos de tratamiento antibiótico en Medicina Intensiva y sus modificaciones en función de los datos microbiológicos disponibles.

Métodos: Estudio prospectivo y multicéntrico incluyendo todos los pacientes ingresados en UCI dentro de los periodos bimensuales del Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial (ENVIN), años 2001 y 2002. Se analizan: motivo de utilización del antibiótico (tratamiento empírico o específico, excluyendo profilaxis), confirmación del tratamiento empírico ante los resultados microbiológicos (sí confirmación, no o no más resultados), cambio del antibiótico inicialmente utilizado (sí cambio o no) y, en su caso, motivo del cambio (falta de cobertura, reducción del espectro, resistencia durante el tratamiento, mala evolución clínica y otros). Análisis estadístico: prueba de la χ^2 .

Resultados: En el periodo 2001 se incluyeron 5.045 pacientes (67 UCIs) y en el 2002 un total de 5.481 pacientes (72 UCIs).

Tabla I: Motivo del antibiótico y confirmación de tratamiento (tto. Empírico) (n/%)

	2001	2002	p
Tto. Empírico	2.795 (73,7)	3.222 (76,4)	p = 0,007
Tto. Específico	996 (26,3)	998 (23,6)	p = 0,007
Confirmación sí	741 (26,5)	958 (29,7)	p < 0,001
Confirmación no	1.141 (40,8)	1.584 (49,2)	p < 0,001
No más resultados	542 (19,4)	489 (15,2)	p < 0,001
No consta	371 (13,3)	191 (5,9)	p < 0,001

Tabla II: Cambio de tto. antibiótico (empírico o específico) y motivo del cambio

	2001	2002	p
Cambio de atb. sí	688 (18,1)	807 (19,1)	p = 0,013
Cambio de atb. no	2.415 (63,8)	2.749 (65,2)	p = 0,013
No consta	688 (18,1)	664 (15,7)	p = 0,013
Falta de cobertura	164 (23,8)	185 (22,9)	p = 0,07
Reducción del espectro	141 (20,5)	174 (21,6)	p = 0,07
Resistencia durante el tto.	27 (3,9)	16 (2,0)	p = 0,07
Mala evolución clínica	248 (36,1)	298 (36,9)	p = 0,07
Otros motivos	105 (15,3)	121 (15,0)	p = 0,07
No consta	3 (0,4)	13 (1,6)	p = 0,07

n: indicaciones antibióticas

Conclusiones: Predominio, con tendencia al aumento, de las indicaciones empíricas. Bajo porcentaje de cambios en el tratamiento antibiótico inicial. Mejoría del nivel de cumplimentación global en el periodo 2002.

P209

IMPORTANCIA DEL GERMEN IMPLICADO EN LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD ATRIBUIBLES A LA BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER

M. Aldabó Pallás, J. Garnacho Montero, C. Colón Pallarés, F. Jiménez Jiménez, J. García Garmendia y C. Ortiz Leyba
UCI. HUV del Rocío, Sevilla.

Objetivo: Definir la mortalidad atribuible y el incremento de la estancia de la bacteriemia relacionada con catéter (BRC), comparando si es producida por *Staphylococcus coagulasa* negativo (SCN), gérmenes de baja patogenicidad, con el resto de microorganismos.

Métodos: Estudio de casos y controles pareados i:i. Como casos se incluyeron todas las BRC adquiridas en UCI (> 48h). Los controles tuvieron una estancia en UCI con catéter venoso que siempre fue igual o superior al periodo desde el ingreso hasta la BRC de los casos. Los otros criterios para ser considerado control fueron: categoría diagnóstica, APACHE II al ingreso y edad.

Resultados: Se diagnosticaron 57 BRC: 27 por SCN y 30 por otros gérmenes (*Staphylococcus aureus* 8, *Acinetobacter baumannii* 6, *Candida* spp 5, *Klebsiella pneumoniae* 3 y otros 8). Se presentaron como shock séptico 3 BRC por SCN (11%) y 15 (50%) de BRC por no-SCN (p = 0,005). Para 6 casos no se encontraron controles. La mortalidad en UCI de los casos por SCN fue del 22,2% y en los controles del 18% (p = NS). La mortalidad en UCI de los casos por no-SCN fue del 44,4% y del 22,2% en los controles (p = 0,06). La estancia en UCI de los controles fue de 19,6 días frente a 23,7 días en los casos con p = 0,049. Entre los supervivientes, los episodios causados por no-SCN la estancia en UCI se incrementó en 5 días y la hospitalaria en 13 días sin alcanzar significación estadística.

Conclusiones: No hemos hallado que la BRC tenga mortalidad atribuible, pero existe una clara tendencia en los episodios causados por gérmenes de alta patogenicidad.

P211

CONTROL DE BROTES POR GRAM NEGATIVOS RESISTENTES MODIFICANDO LA COMPOSICIÓN DE LA DDS

S. Barba, I. Colomer, L. López, D. Ballesteros, M. de la Cal, J. Lorente y E. Cerdá

UCI. Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Introducción: La descontaminación digestiva selectiva (DDS) es eficaz para controlar los brotes por flora aerobia Gram negativa multirresistente mediante la erradicación de portadores en el aparato digestivo. Sin embargo, se han descrito fracasos en la eficacia de la DDS

Objetivo: Describir dos brotes por flora multirresistente en una Unidad de Grandes Quemados (UGQ) y una UCI que fueron controlados con modificaciones de ésta.

Métodos: Se administra DDS a la población de riesgo y se toman muestras orofaríngea, nasal y rectal al ingreso y semanalmente.

Resultados: En la UGQ hubo un brote por *S. marcescens* importada, sólo sensible a carbapenem (MIC tobramicina 126 µg/mL), que afectó a 3 pacientes en recto, quemadura y bacteriemia. Por persistir el estado de portador digestivo con DDS se incrementó la dosis de tobramicina digestiva a 200mg/6 h, sin efecto. Posteriormente se administró paromomicina 750 mg/8 h a todos los enfermos. El estado de portador se controló en una semana, sin nuevos portadores. En la UCI 2 enfermos adquirieron *P. aeruginosa* resistente a ceftazidima, amikacina, tobramicina y ciprofloxacino en recto y faringe. Se aumentó la dosis de colistina a los portadores de 100 a 200 mg/6 h. En 1 enfermo se erradicó el estado de portador en 1 semana. El otro falleció a los 6 días y se redujo el crecimiento.

Conclusiones: El estado de portador de flora aerobia multirresistente a pesar de la administración de DDS puede erradicarse mediante la modificación de la composición.

P212

VALORAR EN UCI LA EFICACIA CLÍNICA Y NEFROTOXICIDAD DE LA VANCOMICINA EN PERFUSIÓN CONTINUA

A. Alonso Fernández, P. Rico Cepeda, B. Estébanez Montiel, M. Catalán González y J. Montejo González

*Medicina Intensiva. Unidad Polivalente. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.***Objetivos:** Valorar la eficacia clínica y nefrotoxicidad con la nueva pauta posológica de vancomicina en perfusión en pacientes ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Polivalente.**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio prospectivo, descriptivo durante diecisiete semanas (desde uno de septiembre de dos mil dos a treinta y uno de enero de dos mil dos) en todos los pacientes ingresados en nuestra UCI polivalente que recibieran vancomicina (Vancomicina Abbott-R). Se administró una dosis inicial en bolo de 15 mg/kg de peso, seguido de 30mg/kg en perfusión continua durante doce horas. Se realizaron niveles plasmáticos cada cuarenta y ocho horas; considerando rango terapéutico entre 15-25mg/L. Se aceptaron como criterios de curación: resolución de los signos y síntomas clínicos de infección; mejoría: cuando se objetivaba mejoría en dos o más, pero no en todos los signos y síntomas clínicos de la infección; y fracaso: persistencia o progresión de los signos y síntomas basales relacionadas con la infección; desarrollo de hallazgos clínicos nuevos compatibles con una infección activa.**Resultados:** De los ciento diez pacientes ingresados, dieciocho (16,36%), fueron incluidos en el estudio. El 77,8% fueron mujeres con una edad media de 61,93 ± 15,55 años y un APACHE II medio al ingreso de 16,7 ± 7,59. Los motivos de ingreso fueron: HSA (16,67%), disminución del nivel de conciencia (27,77%), insuficiencia respiratoria (33,33%), shock séptico (38,89%). Los motivos de administración del antibiótico fueron en un 22,22% empírico; 27,78% infección respiratoria; 16,67% infección abdominal; 16,67% bacteriemia; 5,55% absceso cervical; 5,55% sepsis y 5,55% infección del SNC. Los microorganismos aislados fueron: *Staphylococcus (Staph.) aureus oxacilinsensible* (11,11%), *Staph. epidermidis* (38,89%), *Streptococcus* (11,11%) y otros microorganismos Gram positivos en el 16,67% de los pacientes. En el 11,11% de los pacientes se aislaron varios microorganismos Gram positivos asociados. Presentaron infección precoz el 50% de los pacientes. Los niveles plasmáticos medios de vancomicina fueron 18,15 ± 12,69 mg/L. La duración media del tratamiento fue de -lactámicos (100%), 13,78 ± 10,76 días. Los antibióticos asociados fueron: aminoglucósidos (61,11%), otros (50%). Se suspendió el tratamiento por deterioro de la función renal en un 11,11%. El 61,1% de los pacientes presentaron mejoría, el 22,22% fracaso terapéutico y el 16,67% fueron exitus.**Conclusiones:** Los resultados de eficacia clínica obtenidos en nuestra serie con vancomicina en perfusión continua son comparativos con las series descritas en la literatura. La vancomicina en perfusión continua, presenta menor nefrotoxicidad comparada con la descrita en la literatura. Así mismo, la nueva pauta posológica de vancomicina, aporta una mayor comodidad de administración.

P214

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC): MANEJO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVELJ. Marcos y Ramos, J. Ferrer Agüero, C. García de Llanos, M. Ponce González, F. Artiles Campelo, F. Rodríguez de Castro y J. Solé-Violán
*Medicina Intensiva. H. Dr. Negrín, Las Palmas. Neumología. H. Dr. Negrín, Las Palmas.***Introducción:** La NAC es una patología frecuente, de mortalidad elevada y de manejo no homogéneo.**Objetivo:** Evaluar el manejo de la NAC según criterios de la *American Thoracic Society*.**Pacientes y método:** Estudio de cohortes, prospectivo y observacional de ingresos por NAC en un año. El protocolo incluía serología, cultivo de esputo, sangre, aspirado traqueal y lavado broncoalveolar, antigenuria de *Legionella* y *S. pneumoniae*; registramos características de los pacientes y tratamiento instaurado.**Resultados:** De 111 ingresos por NAC, 30 (27%) precisaron ingreso en UMI (edad media: 63,23 ± 13,9; varones: 23; patología subyacente: 28 casos; APACHE II: 21,93 ± 8,6. Ventilación mecánica invasiva: 26 pacientes; no invasiva: 2. En planta de hospitalización: 81 pacientes (edad media: 65,29 ± 19,77; varones: 50; patología subyacente: 70 casos). Diagnóstico microbiológico: 58 casos, 15 en UMI (50%) y 43 en planta (53%); gérmenes más frecuentes: en UMI, *S. pneumoniae*, *H. influenzae* y *P. aeruginosa*; en planta, *S. pneumoniae*, *Chlamydia sp.* y virus *Influenza A*. Tratamiento empírico correcto: 70 casos, 24 en UMI (80%) y 46 en planta (56,7%); se modificó en 58 pacientes, 15 en UMI (50%) y 43 en planta (53%). Mortalidad global y estancia hospitalaria: en UMI, 33,33% y 13,4 días; en planta: 2,56% y 11 días.**Conclusiones:** Se confirman otros estudios clínicos y epidemiológicos de la NAC. Observamos un alto número de ingresos en UMI. Estamos diseñando vías clínicas para el manejo de la NAC en nuestro medio.

P213

PERFIL DEL PACIENTE CON INFECCIÓN POR ACINETOBACTER BAUMANNII EN UNA UCI POLIVALENTE

M. Luque Santos, G. Alonso Muñoz, J. Robles Arista, N. Parías Ángel, M. Cid Cumplido y J. Llamas Reyes

*Medicina Intensiva. H.U. Reina Sofía, Córdoba.***Objetivo:** Conocer las características clínicas más frecuentes que presentan los enfermos que adquieren infección por *Acinetobacter baumannii* en una UCI polivalente.**Material y método:** Estudio descriptivo de 35 casos con infección demostrada por *Acinetobacter baumannii* durante el año 2000 en una UCI polivalente de 32 camas. Se estudian entre otras variables edad, sexo, causa de ingreso, Apache II al ingreso, estancia media, mortalidad, aplicación de ventilación mecánica y tiempo de la misma hasta aparición de *Ac. baumannii*.**Resultados:** De los 35 enfermos con infección por *Ac. baumannii*, 28 son hombres (80%) y 7 mujeres (20%). Edad media 53 años, estancia media 29 días, Apache II medio al ingreso 19, mortalidad 60% (21 casos). De ellos el 25% ingresó por patología respiratoria, 23% postoperados, 20% neurológicos. Como antecedente personal más importante destacar el EPOC (23%). La afectación más frecuente en la muestra es la infección respiratoria demostrada por clínica respiratoria, cultivo de esputo, radiología y leucocitosis. En el 100% de los casos se aplicó ventilación mecánica, con un tiempo medio de aparición de *Ac. baumannii* de 315 horas de ventilación. Tiempo de estancia medio hasta aparición de la infección 15 días. Los antibióticos administrados más frecuentes hasta la aparición del germen en la muestra son el imipenem (42%), ceftriaxona (37%).**Conclusiones:** El perfil del enfermo que adquiere una infección por *Ac. baumannii* en nuestra UCI es varón, 53 años, EPOC, en ventilación mecánica prolongada, estancia UCI 15 días y tratado previamente con imipenem, ceftriaxona y vancomicina.